

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

FRANCIELLI MARTINS BORGES LADEIRA

**COMPORTAMENTO DE MUDANÇA EM CAMPOS
INSTITUCIONAIS: Um Estudo sobre Lógicas
Institucionais e Empreendedorismo Institucional de
Agentes na Assistência ao Parto no Brasil.**

Maringá - PR

2022

FRANCIELLI MARTINS BORGES LADEIRA

**COMPORTAMENTO DE MUDANÇA EM CAMPOS
INSTITUCIONAIS: Um Estudo sobre Lógicas Institucionais
e Empreendedorismo Institucional de Agentes na
Assistência ao Parto no Brasil.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, do Departamento de Administração, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Administração. Área de Concentração: Organizacionais e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. João Marcelo Crubellate

Maringá – PR

2022

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

L154c

Ladeira, Francieli Martins Borges

Comportamento de mudança em campos institucionais : Um estudo sobre lógicas institucionais e empreendedorismo institucional de agentes na assistência ao parto no Brasil / Francieli Martins Borges Ladeira. -- Maringá, PR, 2022.

292 f.: il. color., figs., tabs.

Orientador: Prof. Dr. João Marcelo Crubellate.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2022.

CDD 23.ed. 658.5

ATA DE DEFESA PÚBLICA

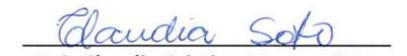
Aos trinta e um dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e dois, às catorze horas, realizou-se a apresentação do Trabalho de Conclusão, sob o título: “Comportamento de mudança em campos institucionais: um estudo sobre lógicas institucionais e empreendedorismo institucional de agentes na assistência ao parto no Brasil”, de autoria de **FRANCIELLI MARTINS BORGES LADEIRA**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Administração (DOUTORADO) – Área de Concentração: Organizações e Mercado. A Banca Examinadora esteve constituída pelos docentes: Dr. João Marcelo Crubellate (presidente), Dr^a. Claudia Herrero Martins Menegassi (membro examinadora externa), Dr^a. Claudia Cristina Macceo Sato (membro examinadora externa – UFRR), Dr. William Antonio Borges (membro examinador do PPA), Dr. Maurício Reinert do Nascimento (membro examinador do PPA).

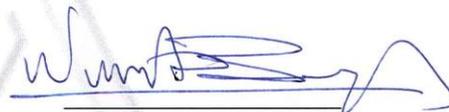
Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a candidata foi APROVADA (aprovada / aprovada com correções / aprovada com reformulações) pela Banca Examinadora. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelo coordenador e pelos membros da Banca Examinadora.

Maringá, 31 de agosto de 2022

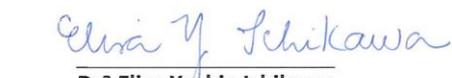

Dr. João Marcelo Crubellate
(Presidente)


Dr^a. Claudia Herrero Martins Menegassi
(membro examinadora externa)


Dr^a. Claudia Cristina Macceo Sato
(membro examinadora externa – UFRR)


Dr. William Antonio Borges
(membro examinador do PPA)


Dr. Maurício Reinert do Nascimento
(membro examinador do PPA)


Dr^a Elisa Yoshie Ichikawa
(coordenadora “pró-tempore” do PPA)

Dedico este trabalho à minha mãe, Neli Martins de Oliveira que me incentivou enquanto o espírito livre para questionar o que me limita e agride.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me possibilitado chegar até esta etapa da jornada. Que me deu forças quando precisei, que me deu ânimo quando o entusiasmo se esvaia, que me proporcionou condições para seguir adiante. Estudar e pesquisar hoje é um privilégio em nossa sociedade, e se estou aqui, eu tenho consciência de que tive uma estrutura que me possibilitou galgar cada degrau.

Na sequência, minha família. Meu chão e meu céu. Meu porto de chegada e meu ponto de impulsão para alcançar novos céus. Eu não seria nada sem vocês. Michael, meu companheiro, amigo e amante, obrigada pelo suporte que me deu até aqui. Admiro muito nossa parceria para alcançar objetivos e nossa sincronia em aceitar a velocidade e a direção dos passos de cada um. Com você realizei sonhos e ainda os planejo. Aos meus filhos, Joaquim e Laís, que meu amor por vocês continue me impulsionando a ser cada dia uma pessoa melhor, a aprender cada vez mais. É por vocês que me transformei em tantas versões de mim e continuo em uma versão incompleta, porém plena.

Foi na gestação do Joaquim, em 2011 que iniciei meus estudos na área da assistência obstétrica, foi por inconformismo que não aceitei o que já tinham planejado para mim e por mim. Foi você, Joaquim, que me fez lutar, estudar, procurar parcerias e aprender a exigir meus direitos. Desde o momento que você surgiu na minha vida, você me deu forças que eu não sabia que tinha. Me impor frente a uma equipe médica aos 8 cm de dilatação, com você quase nascendo, foi um enfrentamento e uma libertação. Eu descobri minha voz. Obrigada por isso meu filho. E como a vida é cíclica, a Laís me trouxe uma paz e serenidade para lidar com tudo que eu tinha recém descoberto. Com a Laís, me equilibrei, como Saviani explicaria, encontrei meu ponto de equilíbrio ao me curvar para o lado oposto. Com você Laís, eu experienciei a segurança e o prazer de um nascimento tranquilo.

Obrigada a minha mãe Neli e meu padrasto Celso pela paciência quando eu “sumia” porque estava estudando, obrigada aos meus sogros Rosalina e

Nelson por serem minha rede de apoio tantas vezes que precisei. Meu amor e gratidão a vocês.

Agradeço pelas minhas parceiras de maternagem Patrícia (Pata) que me apresentou a humanização, Juliana, Marcela, Melina, Camila, Bruna e Amanda. Obrigada pelas trocas, pelos surtos, pelos questionamentos, pelo apoio e suporte. Obrigada às amigas de longe, Elisama que me acompanhou nos desbravamentos iniciais, Lara e Karine, vocês me inspiram. À Betina (*in memoriam*) ter compartilhado da sua breve existência terrena me ajudou a perceber o quanto podemos ser grandes e fortes quando nos propomos a ser. Voa! Meu agradecimento também a Renata, Ana Claudia, Simoni, Dani e Michelle, obrigada pela parceria.

Às minhas amigas do PPA, em especial Juliana, as Marcelas, Suzie, Jheine, Fernanda Gabriela, Maria Virginia, Eveline, Grace e Lia. É muito importante para mim compartilhar essa jornada com pessoas especiais como vocês. Levo no meu coração nossa construção juntas e como uma amizade que permanece pra vida.

Ao Bruhmer, gratidão. Todo o meu carinho e respeito por você que sempre esteve tão disposto e alegre. Te levo como um amigo que ganhei lá na época do mestrado e que continua sempre presente e cuidadoso.

Aos meus professores do DAD/PPA, eu me sinto privilegiada por ter crescido tanto com vocês! Vocês são as pessoas que eu me espelho desde a graduação. Tive a honra e a oportunidade de ter aulas da graduação, mestrado, doutorado, e neste momento trabalhar com vocês!

Ao meu orientador, João Marcello Crubellate, é um presente ter sua colaboração. Não agradeço somente pela orientação, mas por todas as vezes que tive a oportunidade de aprender com você. Sua sabedoria e paciência é um dom. Fabiane e Maurício, obrigada por tanto, sinto um carinho e admiração enorme por vocês. William Borges, sou muito feliz pelo nosso trajeto! Muito obrigada pelas considerações, pela preocupação e carinho. Toda a minha admiração por você.

Agradeço ao Prof. Álvaro Periotto, meu mentor na graduação. Foi com ele que conversei já no 3º ano de graduação quando decidi que iria seguir carreira acadêmica. Me incentivou, me explicou sobre o programa, os projetos, sempre foi muito gentil e atencioso comigo.

Agradeço a Cláudia Sato e Cláudia Herrero pela disponibilidade em avaliar e contribuir com o meu trabalho.

Minha gratidão por tantas pessoas especiais!

O desejo diz: "Eu não queria ter de entrar nesta ordem arriscada do discurso; não queria ter de me haver com o que tem de categórico e decisivo; gostaria que fosse ao meu redor como uma transparência calma, profunda, indefinidamente aberta, em que os outros respondessem à minha expectativa, e de onde as verdades se elevassem, uma a uma; eu não teria senão de me deixar levar, nela e por ela, como um destroço feliz". E a instituição responde: "Você não tem por que temer começar; estamos todos aí para lhe mostrar que o discurso está na ordem das leis; que há muito tempo se cuida de sua aparição; que lhe foi preparado um lugar que o honra mas o desarma; e que, se lhe ocorre ter algum poder, é de nós, só de nós, que ele lhe advém" (Michel Foucault).

LADEIRA, Francielli Martins Borges. **COMPORTAMENTO DE MUDANÇA EM CAMPOS INSTITUCIONAIS: Um Estudo sobre Lógicas Institucionais e Empreendedorismo Institucional de Agentes na Assistência ao Parto no Brasil.** 292 f. 2022. Tese (Doutorado em Administração), Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2022.

RESUMO

Este estudo busca investigar o comportamento de agentes empreendedores diante de lógicas institucionais conflitantes. O cenário deste estudo é o sistema obstétrico brasileiro como um campo institucional e os modelos de assistência ao parto (Modelo Tecnomédico e Modelo Humanista) (BRASIL, 2014) enquanto lógicas institucionais conflitantes e atuantes simultaneamente. Os agentes profissionais, ou seja, equipe de atendimento especializado, atuam no mesmo campo, atendendo a uma ou a outra lógica, e por vezes, trabalhando com ambas de acordo com as pressões institucionais, incluindo o mercado. No entanto, verificou-se como determinante as relações presentes enquanto estrutura de poder, que na lógica tecnicista é centralizado na figura médica, em oposição ao protagonismo feminino defendido no modelo humanista/holístico. O percurso metodológico foi de natureza qualitativa, assim como, as metodologias caracterizadas pela imersão profunda no campo de estudo com vistas a buscar a compreensão de um determinado campo social. Como ferramenta de coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com empreendedores institucionais, representados pela ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento). O método arqueogenealógico de Foucault (2010) também foi utilizado como percurso metodológico que possibilita, através da utilização do sujeito, da linguagem e da história, o entendimento de transformações sociais, assim como o surgimento de lógicas institucionais, como no caso deste estudo. Como método de análise de dados, utilizou-se da análise de discurso foucaultiano como acesso à estruturação de práticas que sustentam as lógicas institucionais. Para defender a tese de que, questões pessoais e individuais do agente empreendedor atuam em conjunto com as forças presentes nas instituições como força-motriz para o surgimento de uma nova lógica institucional em campos maduros e já legitimados por uma lógica que conflitante

institucionalmente. Para isto, foram utilizados elementos como: a) a construção de uma historicidade, que evidencia as práticas que possibilitaram a consolidação do modelo tecnocrata; b) o papel dos agentes empreendedores na construção da nova lógica da humanização; c) as práticas exercidas para o estabelecimento e crescimento da lógica emergente; d) a atuação dos pilares regulativos, normativos e culturais-cognitivos dentro do campo; e) as forças externas, que atuam possibilitando ou limitando a construção do campo e por fim, f) o empreendedorismo institucional e a emergência do protagonismo feminino nas relações de poder. Os principais resultados foram que: a lógica da humanização surge como uma síntese às lógicas naturais e tecnocrata, utilizando-se dos avanços científicos com vistas a promoção de uma melhor assistência obstétrica e neonatal. Conclui-se que, através das práticas empreendedoras, algumas práticas podem proporcionar a hegemonia do modelo de humanização no campo da assistência obstétrica, como: a necessidade de reestruturação profissional das instituições para a adoção de um modelo multidisciplinar de assistência obstétrica, a necessidade de políticas de educação sexual e dos processos inerentes ao corpo feminino como atuação cultural-cognitiva, a reapropriação de poder através do protagonismo feminino e que essas transformações reflitam na demanda de mercado.

Palavras-chave: Teoria Institucional. Lógicas Institucionais. Campos institucionais. Assistência obstétrica. Parto Humanizado. Estruturas de Poder.

BEHAVIOR OF CHANGE IN INSTITUTIONAL FIELDS: A Study on Institutional Logics and the Power Structure in the Field of Childbirth Assistance in Brazil

ABSTRACT

This study seeks to investigate the behavior of entrepreneurial agents in face of conflicting institutional logics. The scenario of this study is the Brazilian obstetric system as an institutional field and the models of childbirth care (Technomedical Model and Humanist Model) (BRASIL, 2014) as conflicting institutional logics that act simultaneously. Professional agents, that is, a specialized service team, work in the same field, supporting to one or the other logic, and sometimes working with both according to institutional pressures, including the market. However, the relationships present as a power structure were found to be determinant, which in the technician logic is centered on the medical figure, as opposed to the female role defended in the humanist/holistic model. The methodological course was of a qualitative nature, as well as the methodologies characterized by deep immersion in the field of study in order to seek the understanding of a certain social field. As a data collection tool, semi-structured interviews were used with institutional entrepreneurs, represented by ReHuNa (Network for the Humanization of Childbirth and Birth). Foucault's (2010) archeogenealogical method was also used as a methodological route that allows, through the use of the subject, language and history, the understanding of social transformations, as well as the emergence of institutional logics, as in the case of this study. As a method of data analysis, Foucault's discourse analysis was used as access to the structuring of practices that support the institutional logics. To defend the thesis that, in the emergence of a new institutional logic, personal and individual issues of the entrepreneurial agent act together with environmental forces, elements such as the following were used: a) the construction of a historicity, which evidences the practices that enabled the consolidation of the technocratic model; b) the role of entrepreneurial agents in the construction of the new logic of humanization; c) the practices exercised for the establishment and growth of the emergent logic; d) the performance of regulatory, normative and cultural-cognitive pillars within

the field; e) external forces, which act enabling or limiting the construction of the field and, finally, f) institutional entrepreneurship and the emergence of female protagonism in power relations. The main results were that: the logic of humanization emerges as a synthesis of the natural and technocratic logics, using scientific advances with a view to promoting better obstetric and neonatal care. It is concluded that, through entrepreneurial practices, some practices can provide the hegemony of the humanization model in the field of obstetric care, such as: the need for professional restructuring of institutions to adopt a multidisciplinary model of obstetric care, the need for policies of sexual education and the processes inherent to the female body as a cultural-cognitive performance, the reappropriation of power through female protagonism and that these transformations reflect on market demand.

Keywords: Institutional Theory. Institutional Logics. Institutional fields. Obstetric assistance. Humanized birth. Power Structures.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mudança de lógicas institucionais relacionadas ao parto.....	19
Figura 2 – O parto com campo transparente utiliza outro material no lugar do tradicional pano. É uma nova forma de humanizar a cesárea.....	99
Figura 3 – Documentário O Renascimento do Parto.....	161
Figura 4 – Estudantes do curso de obstetrícia da USP.....	167
Figura 5 – Parto humanizado hospitalar.....	225

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas e duração das entrevistas.....	46
Quadro 2 – Modelos assistenciais de atenção ao atendimento médico-institucional.....	59
Quadro 3 – Práticas recomendadas e não recomendadas, de acordo com o modelo de cuidados intraparto da OMS (2018)	66
Quadro 4 – Linha do tempo da REHUNA.....	72
Quadro 5 – Três pilares institucionais.....	82
Quadro 6 – Distribuição de papéis exercidos dentro do movimento de humanização do parto e do nascimento.....	132

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CFM – Conselho Federal de Medicina

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

FEBRASGO – Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GENP – Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto)

IMBCO – The International MotherBaby Childbirth Organization

MBE – Medicina Baseada em Evidências

MS – Ministério da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

OMS (WHO) – Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	27
1.2 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E EMPÍRICA	29
1.3 DEMONSTRAÇÃO DO INEDITISMO E/OU ORIGINALIDADE DA PROPOSTA.....	33
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
2.1 CONTEXTO DO CAMPO DE PESQUISA	39
2.2 PREMISSAS E PROPOSIÇÕES	40
2.3 COLETA DE DADOS.....	42
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO NA TEORIA INSTITUCIONAL.....	54
3.1 MODELO HISTÓRICO DO PARTO NO BRASIL.....	55
3.2 A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL	62
3.3 A REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO E SEUS EMPREENDEDORES INSTITUCIONAIS.....	69
4. APORTE TEÓRICO DO ESTUDO	79
4.1 A TEORIA INSTITUCIONAL COMO PRECURSORA DO COMPORTAMENTOS DE MUDANÇA INSTITUCIONAL.....	81
4.2 MUDANÇA EM CAMPOS INSTITUCIONAIS	85
4.3 EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL – A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA A MUDANÇA INSTITUCIONAL	91
4.4 MECANISMOS DE ATUAÇÃO E SUJEIÇÃO – O PAPEL DO EMPREENDEDOR INSTITUCIONAL.....	96
4.5 ESTRUTURA DE SUJEIÇÃO E PODER ADJUNTA ÀS MUDANÇAS CULTURAIS-COGNITIVAS	101
5. ANÁLISE DOS DADOS	108
5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO A PARTIR DA HISTORICIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E O PODER SUBJACENTE AO CORPO FEMININO	109

5.2	AGENTES (EMPREENDEDORES INSTITUCIONAIS) NA EMERGÊNCIA DA NOVA LÓGICA INSTITUCIONAL DE PARTO HUMANIZADO.....	130
5.3	PRÁTICAS PARA A EMERGÊNCIA DA NOVA LÓGICA (HUMANIZAÇÃO) FRENTE À LÓGICA DOMINANTE E CONFLITANTE (TECNOCRACIA).....	149
5.4	ATUAÇÃO E REVERBERAÇÕES DOS PILARES REGULATIVOS, NORMATIVOS E COGNITIVOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	175
5.5	FORÇAS AFINS E CONTRÁRIAS À LÓGICA EMERGENTE DE ASSISTÊNCIA AO PARTO.....	194
5.6	EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL E A EMERGÊNCIA DO PROTAGONISMO FEMININO NA RELAÇÃO DE PODER.....	220
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....	246
6.1	LIMITAÇÕES.....	261
6.2	SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS	262
7.	REFERÊNCIAS	264
8.	APÊNDICES.....	280
9.	ANEXOS.....	283

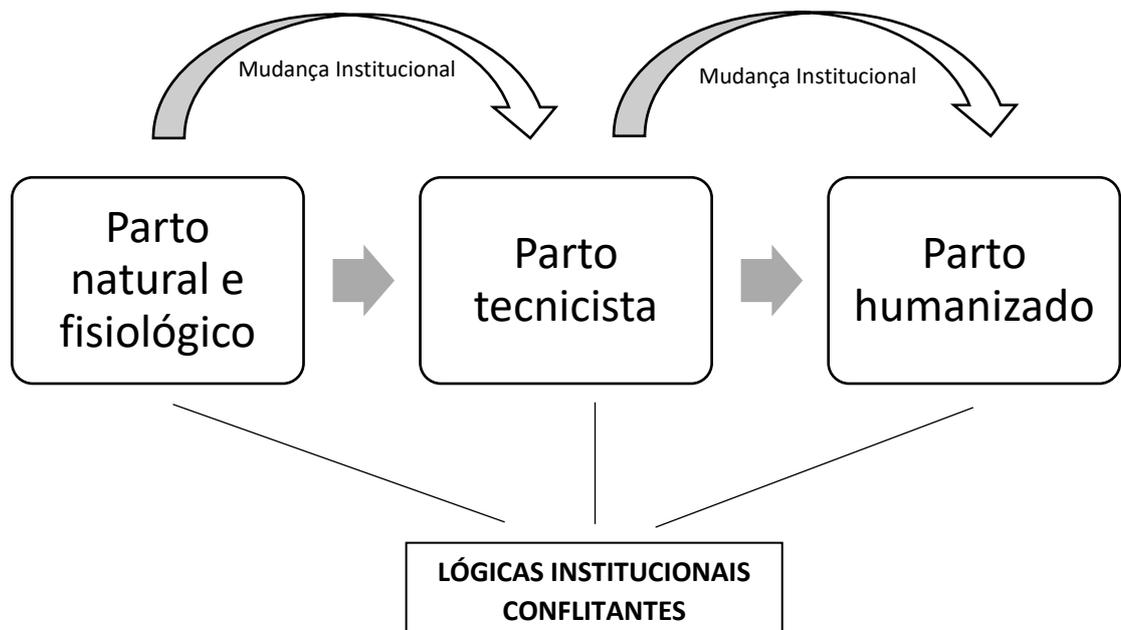
1. INTRODUÇÃO

A prática obstétrica no Brasil está recebendo cada vez mais críticas devido à sua atuação intervencionista e pelo seu enfoque técnico e biomédico, responsável por transformar um evento fisiológico e biopsicossocial como o parto, em um evento médico, instrumentalizado, medicalizado e de alto potencial patológico (TORNQUIST, 2004; DAVIS-FLOYD, 2001; TESSER *et al*, 2015; BRASIL, 2017; LALONDE, *et al*, 2019). Esta visão intervencionista e tecnicista do parto faz parte da lógica institucional dominante de assistência obstétrica que o Brasil vivencia atualmente. Este estudo tem o intuito de, conhecendo a lógica dominante do parto instrumentalizado e tecnicista e, evidenciando-se uma lógica emergente da humanização do parto, explorar as motivações e características dos atores que se dedicam ao funcionamento dessas lógicas em suas multiplicidades. Uma vez que a assistência ao parto mesmo diante de duas lógicas potencialmente distantes, não pode se configurar de forma binária, mas sim com uma multiplicidade de condutas, assistências e experiências. De modo que as lógicas institucionais caracterizam o cenário no qual o fenômeno estudado se ambienta, porém, o objetivo do estudo encontra foco no comportamento e nas características indivíduos que atuam neste campo.

A história do parto no Brasil evidencia um panorama sobre como a mudança em termos institucionais foi crucial para que houvesse um deslocamento de perspectiva entre a lógica do parto natural, um fenômeno fisiológico pertencente ao corpo feminino, para uma lógica biomédica (Figura 1). Antes, este evento intuitivo e natural, fazia parte de estruturas institucionais presentes no entorno feminino, familiar, em meio a saberes tácitos e culturais, que passou pela sua primeira grande mudança institucional, colocando o parto como um fenômeno médico e pertencente aos saberes científicos. No Brasil, esta mudança ocorreu no século XIX, com o início das faculdades de medicina e obstetrícia (BRENES, 1991). A mudança institucional requereu uma transformação deste evento, primeiramente em nome da ciência, quando o parto passou a ser área de estudo da medicina, e conseqüentemente, os

eventos do corpo feminino como gravidez, parto e puerpério, seu objeto de estudo. A historicidade mostra que as funções normativas e regulativas (SCOTT, 1995) do Estado auxiliaram a projetar a mudança institucional do parto e a construção de um novo modelo (tecnicista). No entanto, atualmente, esse sistema regulatório parece não atuar com tanta força quando políticas públicas e diretrizes tentam direcionar para uma nova mudança institucional (parto humanizado).

Figura 1: Mudança de lógicas institucionais relacionadas ao parto.



Fonte: Elaborado pela autora.

Com o avanço da medicina e das ciências da saúde, o parto enquanto evento fisiológico passou a ser objeto de estudo e de conhecimento médico (BRENES, 1991). Com isso, novas técnicas, procedimentos e medicamentos passaram a ser estudados, desenvolvidos e utilizados visando melhores resultados e redução de mortes decorrentes da gestação, parto e puerpério. No entanto, essa associação do parto à ciência não ocorreu de forma facilitada e

não sem antes patologizar tal evento natural e fisiológico. Culturalmente, foi necessário mostrar os processos do nascimento como patologia, para que a medicina pudesse entrar em cena. Assim, ao levar o parto para os hospitais, o corpo gestante passou a ser tratado como potencial patológico ou patologia em si mesmo, e com isso o modelo tecnicista foi instaurado como lógica institucional dominante, pois quando a gestação, parto e puerpério deixam a sua condição de natural para ser a causa de um desequilíbrio do corpo, a ciência médica é chamada a intervir (CANGUILHEM, 1995).

No modelo tecnicista, o parto se adequa a protocolos e procedimentos institucionais, como um objeto pertencente a uma linha produtiva da instituição hospitalar, tal qual uma organização como a mesma é. Conhecido ainda como modelo tecnocrático ou tecnomédico, este modelo é segundo Diniz (2005, p. 629), caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, e por sua suposta neutralidade de valores. Suas principais críticas recaem sobre a despersonalização do paciente, a padronização das ações e procedimentos, a autoridade e a hierarquia hospitalocêntrica, entre outras características (BRASIL, 2014). Um exemplo de entendimento sobre o que são organizações pode ser obtido a partir da definição proposta por SCOTT (2005), que define as organizações como conjuntos de funções e atividades associadas estabelecidas para refletir relacionamentos meios-fins orientados para a busca de objetivos específicos, geralmente voltados à ganhos de eficiência e consequentemente ganhos econômicos.

Instituições hospitalares são organizações, orientadas à objetivos organizacionais, derivados também de um desempenho organizacional. O modelo tecnocrático já citado favorece o modelo gerencialista de instituições hospitalares que, devido aos seus elementos, se encaixam em um modelo de produtividade, planejamento, procedimentos padronizados e controle dos resultados, conforme Clarke e Newman (1997, p. 30) explicam, este modelo é comprometido com a produção da “eficiência” e a ênfase nos resultados. De tal modo, é possível evidenciar que o modelo tecnicista prevalece, mesmo com as diretrizes nacionais do parto, divulgadas principalmente pelo Brasil (2018), através de órgãos normativos-reguladores como a FEBRASGO (2018) e diretrizes internacionais como da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que buscam informar e orientar sobre a necessidade de um olhar holístico/humanista no atendimento médico-institucional em detrimento do modelo tecnicista ou tecnomédico.

O sistema obstétrico brasileiro tem atuado dentro de uma arena de importantes divergências e lutas, como lógicas institucionais em competição dentro de um mesmo campo, que é o campo da atuação obstétrica. De um lado, um pequeno, mas crescente grupo de profissionais que atuam como precursores da humanização do parto no Brasil, busca um enquadramento no sistema holístico/humanista, juntamente com grupos de apoio ao parto humanizado. Esses grupos têm por objetivo divulgar e informar gestantes, famílias, leigos e interessados sobre a importância do atendimento e do entendimento do parto como um fenômeno biopsicossocial pertencente ao corpo feminino. De outro lado, existe toda uma estrutura institucional de maternidades, instituições de saúde, profissionais, entre outros que, apesar das diretrizes de organizações de saúde com atividades regulamentadoras e normativas internacionais (OMS e OPAS, por exemplo), acabam por não atender à demanda do modelo holístico/humanista, atuando em um modelo de assistência tecnicista e medicalizado, responsável por posicionar o Brasil como o 2º país com maiores taxas de nascimentos por via cirúrgica do mundo (OMS, 2018).

Em seu último documento de diretrizes para uma experiência positiva de atendimento ao parto, a OMS (2018) mantém a prerrogativa de que as taxas de cesarianas devam permanecer em até 15% dos casos de nascimentos. No entanto, o Brasil se posiciona como o 2º país com maiores taxas de nascimentos por via cirúrgica, contando com 58,85% de cesarianas (PORTAL ODS, 2019). Em instituições particulares essas taxas ficam acima de 80%, e algumas operadoras de saúde registram taxas de 100% de nascimentos por via cirúrgica (ANS, 2018). Torna-se mister o entendimento de que a cirurgia cesariana é uma evolução das técnicas de assistência ao parto mas que, no entanto, deve ser utilizada em casos de tratativas especiais e necessárias devido à patologias ou intercorrências na gestação, parto e pós parto:

A cirurgia cesariana, salva vidas e diminui morbidades para a mulher e o conceito. Todavia, esse efeito positivo não se mantém a partir de certa

proporção de cesarianas, mesmo em populações com acesso a todos os cuidados necessários intra e pós-cirúrgicos. [...] Embora não haja consenso sobre um número aceitável ou ideal, é injustificável clinicamente uma taxa global superior a 10-15% (TESSER *et al*, 2015, p. 5).

Esses dados evidenciam que a forma de atuação obstétrica vigente no Brasil não atende às investidas das diretrizes de órgãos governamentais e da ciência (Medicina Baseada em Evidências – MBE) para a mudança de sistema de atendimento, permanecendo assim, como lógica dominante, o sistema tecnicista. Ainda que a porcentagem de cesáreas vs. parto normal/natural seja um indicador relacionado aos resultados do processo, eles não refletem ou se correlacionam completamente com a qualidade, nem explicam as percepções ou experiências de cuidados das mulheres, principalmente em quesitos como respeito, comunicação e apoio emocional (BOHREN *et al*, 2019), que são pilares essenciais do modelo holístico/humanista. No entanto, alguns estudos (SENA & TESSER, 2017; DA SILVA *et al*, 2017, LADEIRA & BORGES, 2022) ainda apontam que o processo muitas vezes é cercado de violências obstétricas e modos de objetificação do corpo feminino.

Pretende-se neste estudo buscar na teoria de que modo a relação de poder-saber responsável pelo comportamento tecnomédico utilizou-se do modelo institucional para que suas duas principais mudanças institucionais – do modelo natural para o tecnocrata e do modelo tecnocrata para o humanizado – fossem estabelecidas. E nesta investigação torna-se necessário entender a manutenção do modelo tecnocrata, mas principalmente, a forma como estruturou-se a segunda grande mudança institucional proposta para a assistência obstétrica no Brasil, que é a ascensão do modelo humanístico/holístico guiado por organizações internacionais e nacionais e pelo movimento de parto humanizado.

Dentro desse movimento, torna-se imprescindível conhecer as motivações e o papel exercido pelos atores/agentes que são responsáveis pela criação de novas instituições ou pela transformação de instituições já existentes, ou seja, dos empreendedores institucionais (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004). Dado que os agentes respondem estrategicamente à uma

situação ambiental comum a todos, assume-se que há uma motivação inerente ao indivíduo que atua de forma importante para que ele empreenda em um diferente modelo institucional. O campo mostra duas lógicas institucionais atuando em situação de conflito – o modelo institucional biomédico e tecnicista (tecnocrata) que ganhou força a partir da década de 1910, com a inauguração da primeira maternidade brasileira e sua atuação conjunta com a patologização dos processos fisiológicos da sexualidade feminina (BRENES, 1991); e o modelo humanístico/holístico, que juntamente com o ativismo do parto humanizado e seus agentes influenciadores, se mostra como uma instituição emergente a parte, sendo o representante do empreendedorismo institucional neste trabalho. Ambas instituições compartilham de um mesmo modelo ambiental, compartilham leis, diretrizes, normativas e regulamentos, compartilham da mesma ciência médica, além da estrutura comum das instituições hospitalares/maternidades na maior parte dos casos, exceto em atuações domiciliares e em casas de parto.

Decorrente deste fato, o que constitui os profissionais que lidam com esses dois modelos e seus intermediários, merece uma atenção especial, uma vez que, para que o empreendedorismo institucional ocorra, é necessário que exista uma inovação no modelo, ou ainda, a emergência de uma nova lógica no campo. Lawrence e Phillips (2004) citam a necessidade de uma maior compreensão sobre como ocorrem as formas de empreendedorismo institucional em campos emergentes através de conceitos de estruturação e da análise do discurso que possam explicar os processos subjacentes, evidenciando o papel da mudança macrocultural e pela ação intencional quanto dos processos institucionais na produção de campos (LAWRENCE & PHILLIPS, 2004, p. 690). Para alcançar essa compreensão sobre o empreendedorismo institucional em campos emergentes foram elaboradas algumas incursões na construção desta lógica da humanização incluindo práticas, conhecimentos e regras, assim como relações e alianças como rede de construções organizacionais (TOLBERT & ZUCKER, 1983; DIMAGGIO, 1991; LEBLEBICI *et al.*, 1991; GIDDENS, 1984).

No contexto cultural, Lawrence (2004) coloca o conjunto de regras, práticas e conhecimentos que são constantemente interrelacionados e

compartilhados no campo (DIMAGGIO, 1991) como fornecedores de matéria-prima pelo qual os atores podem moldar novos padrões de atividade e novos relacionamentos que promovam a inovação ou emergência de novas lógicas. Para Lawrence e Phillips (2004), a inovação não é algo totalmente inédito, mas surge como um resultado de reconhecimento de falhas e lacunas onde os atores trabalham para superar as limitações dos campos existentes através de interações sociais e agregando conhecimentos, práticas e regras de outros campos que possam colaborar. O papel dos empreendedores institucionais na emergência de uma nova lógica é fundamental para que elementos intra e inter-institucionais se relacionem com motivações, experiências e relacionamentos individuais, na experimentação de novos conjuntos que possam dar suporte às inovações, necessários no empreendimento em questão. Assim, o empreendedorismo institucional tem se mostrado como uma confluência entre o papel do agente individual através da sua natureza intencional (DIMAGGIO, 1988; ALDRICH & FIORI, 1994; LAWRENCE, 1999), reagindo ao isomorfismo estruturante e pré-determinísticos das organizações, mas também como resultado de forças externas que estruturam de maneira reativa sua atuação dentro do campo institucional (NORTH, 1990; WILLIAMSON, DIMAGGIO & SCOTT, 1995).

Portanto, diante desse suporte teórico brevemente explicitado, a presente pesquisa trabalha com elementos que possam responder à problemática sobre o que constituem esses agentes institucionais que, a partir de tantos elementos comuns em um campo altamente institucionalizado, optam pelo atendimento marginal da estrutura atual de parto, atuando e inovando em uma lógica muitas vezes conflitante com a atual. Ou seja, frente a um sistema essencialmente tecnomédico e legitimado socialmente, esses agentes escolhem atuar no modelo humanista/holístico, reconhecido no Brasil como Parto Humanizado, se destacando do Modelo Tecnicista. Face ao exposto, este estudo defende a tese de que questões pessoais e individuais do agente empreendedor atuam em conjunto com as forças presentes nas instituições como força-motriz para o surgimento de uma nova lógica institucional em campos maduros e já legitimados por uma lógica que conflitante institucionalmente.

Durante a primeira mudança institucional, do parto natural, pertencentes aos corpos e saberes femininos, ao processo de apropriação do evento do parto pela medicina no modelo tecnocrático, Foucault (1977) é evocado pelo seu entendimento de como a apropriação do poder pela medicina foi além do conjunto de práticas e saberes técnicos pertencentes ao médico. O processo de patologização, para Foucault (1977) é um dos principais fatores responsáveis por traçar uma relação de sujeição (do sujeito doente) aos saberes-médicos, ou seja, da relação daquele que conhece (figura médica) sobre objeto a ser conhecido (paciente). Essa relação de sujeição e poder é particular quando se trata de eventos relacionados à saúde, uma vez que o indivíduo se constitui tanto enquanto detentor de saber, como objeto de estudo, o que se traduz em formas de poder-saber e sujeição dentro dessa estrutura de poder, onde o sujeito é passa por um processo objetificado.

Na primeira transição institucional (Figura 1), o evento do parto necessitou passar por um processo de patologização, para que pudesse ser capturado pelo poder insurgente da medicina moderna e a construção de um discurso objetivista e racionalista. No entanto, a segunda mudança institucional propõe, não mais a objetividade do saber médico diante do objeto a ser curado, e sim, pela visão da subjetividade como característica dos indivíduos. A lógica da humanização também questiona o poder-saber tecnocrático, dada a natureza constituinte do parto como um evento biopsicossocial, pertencente ao corpo feminino. Como resposta a este fenômeno institucional, buscamos no referencial foucaultiano, entender a complexidade dos mecanismos de sujeição-poder que permeiam as mudanças institucionais do parto de duas maneiras: 1) como atuam sobre o corpo feminino, levando-se em consideração principalmente o processo de parto (biopoder e biopolítica) (FOUCAULT, 1994a, 1994b); e 2) como atuam sobre os agentes profissionais que detém o poder-saber da relação em ambos os ambientes que permeiam o parto (tecnocrático e humanizado) (FOUCAULT, 1979, 1999, 2008), dado que um elemento predominante, e provavelmente a principal mudança entre as duas lógicas postas, é o deslocamento da relação de poder, que sai de um modelo médico-centralizado, para uma lógica de protagonismo feminino diante do

evento de parto, como uma das respostas estratégicas utilizadas na mudança, e talvez onde se situa o ponto de mudança e resistência entre os modelos.

É preciso ir além dos conceitos puramente institucionais para explicar como ocorrem a transformação ou surgimento de novas lógicas institucionais através da ação coordenada de diversos elementos regulatórios, normativos, cultural-cognitivos, assim como o comportamento dos empreendedores institucionais e suas inúmeras possibilidades de ação e reação auto interessadas ou não, permeadas por estruturas de poder, experiências, percepção individual e ainda, como esses atores atuam em conjunto e permitem a ascensão ou quedas de lógicas institucionais em situação de conflito. Não se trata de uma via unilateral de interesses ou influências, mas de um processo de recursividade institucional entre todos os elementos que compõem qualquer estrutura organizacional, inclusive estruturas de poder/sujeição que são capazes de engendrar e articular as estruturas, dinâmicas, estratégias e lógicas do conjunto institucional. Ideia que se faz consoante com a visão de processo de institucionalização tal qual uma ação recursiva entre estruturas sociais e capacidade de agência de atores sociais (CRUBELLATE & VASCONCELOS, 2007, p. 2).

Como proposição explicativa da autonomia e inovação do qual o empreendedor institucional se apropria para agir em uma nova lógica institucional conflitante, este estudo busca apoio na literatura foucaultiana, e principalmente no seu entendimento de estruturas de poder e seus desdobramentos (poder disciplinar, poder hierárquico, biopoder, biopolítica, políticas de liberdade) (FOUCAULT, 1982, 2008). Além disso, o objeto de estudo dessa pesquisa é constituído pelo conjunto de estruturas e elementos que dialogam com a teoria institucional e as relações de poder nas formas de assistência obstétrica e atendimento ao parto no Brasil. É necessário ainda, um olhar atencioso ao campo emergente do parto humanizado que nos últimos anos busca consolidar as práticas da Medicina Baseada em Evidências (MBE) com o modelo humanístico e holístico de atendimento, sem, contudo, bipolarizar um campo tão multifacetado, como o campo da assistência obstétrica, em duas estruturas dicotômicas. Neste estudo, o foco de análise se encontra sobre duas lógicas institucionais que atuam diante de uma

complexidade de formas de assistências; essas lógicas são diferenciadas pelo modelo tecnicista e pelo modelo humanizado de assistência à gestação, parto e puerpério no Brasil.

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

Esse estudo busca, por meio de uma análise discursiva, investigar a atuação dos empreendedores institucionais dentro de um campo institucional emergente que trata da assistência obstétrica no Brasil. Esse campo passou por duas grandes mudanças institucionais no Brasil. A primeira ocorreu no início do século XX, com a inauguração da primeira maternidade brasileira (BRENES, 1991). Neste processo é possível analisar de forma histórica e retrospectiva a mudança institucional ao emergir a lógica tecnicista e intervencionista baseada na ciência e no poder-saber médico em detrimento de uma assistência doméstica, prioritariamente feminina e tácita em prática até então. E a segunda mudança institucional, que vem ocorrendo como uma lógica emergente no campo, desde a década de 80, com o surgimento da humanização da saúde, e conseqüentemente da assistência obstétrica que é o cenário atual desse estudo. O parto humanizado irrompeu como uma lógica institucional conflitante no campo na assistência obstétrica e trata-se de um desdobramento do parto sem dor europeu, liderado principalmente pelo médico obstetra francês Frédérick Leboyer, criador do *Parto Leboyer* – um conjunto de orientações que visa uma experiência de nascimento menos traumática para a díade mãe-bebê (LEBOYER, 1989) – e principalmente, chega como um movimento antagonista à lógica institucional dominante que era o movimento tecnicista.

Portanto, como objetivo geral, este estudo se propõe a explorar a Teoria Institucional de modo a conhecer o comportamento dos agentes empreendedores diante de lógicas institucionais conflitantes no campo da Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil. Pressupõe-se que para empreender dentro de um campo já legitimado, o agente, no caso, o empreendedor institucional, deve trazer elementos de inovação para dentro do

campo, o que significa inovar, modificar e transformar práticas e pressupostos e, no caso do campo de assistência obstétrica brasileira, a inovação também desloca, ao menos de forma “aparente”, o centro de poder das relações políticas e sociais que permeiam o campo. O uso das aspas acima se torna pertinente, uma vez que o poder percebido nem sempre é o poder estruturante, então entende-se a possibilidade de uma mudança virtual nas estruturas de poder de forma a atender o conjunto de forças do campo, mas, contudo, sem uma mudança estrutural de fato nessas relações.

Visando o alcance do objetivo supracitado, os seguintes objetivos específicos foram delineados:

- Contextualizar, a partir da historicidade da assistência ao parto e nascimento, o poder relacional subjacente ao corpo feminino e seus processos dentro do sistema obstétrico vigente, evidenciando os parâmetros socioculturais e científicos que sustentam tal relação;
- Relacionar quais agentes (empreendedores institucionais) (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) foram centrais e determinantes na emergência da nova lógica institucional (MCPHERSON & SAUDER, 2013) de parto humanizado;
- Delinear as práticas exercidas pelos agentes empreendedores institucionais (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) para a emergência de uma nova lógica (humanização) em um campo institucional já identificado à uma lógica dominante e conflitante (tecnocracia);
- Identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais a reprodução dos pilares regulativos, normativos e cognitivos (SCOTT, 1995) da assistência ao parto repassadas durante o processo de aprendizagem profissional;
- Identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais o conjunto das forças externas (NORTH, 1990; WILLIAMSON, DIMAGGIO & SCOTT, 1995) encontradas no campo de assistência obstétrica do Brasil de forma a identificar forças afins e contrárias à lógica dominante de assistência ao parto;
- Analisar as práticas de empreendedorismo institucional e a emergência do protagonismo feminino nas relações de poder para responder a como e por que o agente institucional pertencente a uma lógica dominante empreende dentro

do campo institucional apesar das forças institucionais, buscando-se explicar o comportamento inovador dentro de campos maduros e já legitimados.

1.2 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E EMPÍRICA

A Teoria Institucional apresenta estruturalmente duas lacunas sobre o que concerne ao comportamento do agente diante das instituições e ainda sobre a relação do poder com a teoria institucional. Desde Granovetter (1985, p. 69) que a forma como comportamento e as instituições são afetados pelas relações sociais é uma das questões clássicas da teoria social. Hoje, avançou-se muito na teoria no entanto, a influência das formas de poder na Teoria Institucional ainda encontra-se limitada (LAWRENCE, 2008; MUNIR, 2015; WILLMOTT, 2015; JONSSON & ARORA-JONSSON, 2018; KARMALI *et al*, 2017). A abordagem racionalista, em acordo com a Teoria Econômica Clássica e Neoclássica, prevê um indivíduo caracterizado com uma autonomia gerenciado por interesse próprio (GRANOVETTER, 1985; BOUDON, 1998). Por outro lado, a abordagem da ação social, com fortes elementos da sociologia, mostra um indivíduo sensível ao seu contexto social, e desse entendimento derivam, diversas explicações comportamentais da Teoria institucional como o conceito de imersão social, validando o pressuposto da atomização, conforme citado em Crubellate (2007):

O entendimento de que as ações individuais são determinadas por estruturas normativas do ambiente tem por pressuposto a ideia de que a internalização dos valores sociais se dá de modo tão profundo, que os indivíduos agem como se tais valores fossem seus (CRUBELLATE, 2007, P. 204).

Esse entendimento abre pouco espaço para a estruturação de uma ideia de empreendedorismo institucional, principalmente quando a lógica empreendedora é conflitante com o meio social do qual o agente faz parte. É fato o reconhecimento de que as instituições, apesar do seu caráter econômico, são muito mais do que um complexo racionalista e funcionalista (MUNIR, 2015; WILLMOTT, 2015), pois instituições são, antes mesmo da sua própria estrutura,

complexos sociais e que logicamente incorpora toda a multiplicidade de elementos que derivam do ser social. Não podemos dizer que a teoria institucional não aborda as relações de poder, no entanto, quando se trata de relações além daquele legitimado estruturalmente, como o poder hierárquico, a lacuna da relação entre instituições e poder se mostra presente (MUNIR, 2014, p.2). Dessa forma, esse estudo procura por elementos que possam avançar na teoria institucional no que se refere às formas de autonomia e liberdade do comportamento do agente institucional de forma a preencher esse distanciamento teórico existente.

A relação entre as instituições e o comportamento individual não encontra profundidade no campo teórico existente. Ou seja, procurar a resposta do comportamento individual nas instituições ainda é superficial e parece não abranger a multiplicidade de comportamentos e vias de ação originadas do comportamento humano, de forma que a explicação sobre como as instituições afetam o comportamento humano ainda mostram diversas lacunas não respondidas. As instituições são meios importantes tanto para fornecer informações relacionadas ao comportamento quanto para a formulação de expectativas sobre esse comportamento (HALL & TAYLOR, 2003, p. 197) de tal forma que ao pertencer institucionalmente, o indivíduo também passa a exercer um papel (GIDDENS, 2009) e as instituições fornecem modelos morais e cognitivos que permitem a interpretação e a ação dos comportamentos que vão além dos moldes puramente utilitários, mas levando-se em consideração também que o indivíduo não é racionalidade em sua totalidade (HALL e TAYLOR, 2003). À essa previsibilidade das expectativas e normatividades do comportamento, recai sobre as instituições o ônus determinístico do comportamento humano (GIDDENS, 1978), o qual deixa emergir perguntas sem respostas justamente quando as instituições não podem ou não conseguem prever o comportamento dos agentes, ou ainda quando há o surgimento de novas lógicas conflitantes dentro do campo. O enfoque à teoria institucional como propulsora de mudanças institucionais foi chamado por TINA DACIN, GOODSTEIN e SCOTT (2002) e neste contexto três principais questionamentos foram levantados acerca dos caminhos a serem percorridos pela teoria institucional a saber:

- 1) O que os estudos nos dizem sobre fontes primárias ou impulsionadores de mudança institucional?
- 2) O que eles nos dizem sobre os fatores que influenciam como as organizações respondem à mudança organizacional (por resistência ou legitimação) e ao início da mudança institucional? Em particular, nos concentramos tanto no papel da agência quanto na necessidade de legitimar a mudança institucional.
- 3) O que se aprendeu sobre o processo de mudança institucional, em particular a "desinstitucionalização" e a emergência de novas formas? (TINA DACIN *et al.*, 2002, p. 45).

Essa discussão foi aprofundada no referencial teórico e na contextualização do campo institucional em estudo para que novas contribuições possam ser levantadas sobre as formas de atuação da teoria institucional nos dias atuais. Diante do exposto, a justificativa da escolha do tema se mostra pertinente diante da necessidade de avanço teórico que possa aprofundar a relação entre teoria institucional e comportamento do agente empreendedor e ainda, com as relações de poder marginais que permeiam as instituições. O poder que nem sempre é explícito, mas que encontra lugar na estruturação institucional, e acaba ocorrendo de forma velada, menos regulamentada, mas presente no cotidiano dessas relações (FOUCAULT, 1979). Na ordem prática, mostra-se necessário expor e explicar as relações institucionais e de poder existentes na assistência ao parto no Brasil que permeiam suas práticas, suas dificuldades em atendimento à MBE e ainda, a resistência à mudança institucional que o modelo de humanização ainda encontra. Haja vista que o processo de institucionalização da humanização ao atendimento primário à saúde remonta mais de três décadas e ainda se encontra em dificuldades de crescimento e legitimação dentro do próprio campo (NAGAHAMA & SANTIAGO, 2005).

As organizações, em especial, instituições de saúde encontram um impasse quando deparadas ao fato de que seus processos e conseqüentemente, seus "produtos" são ainda seus clientes. E que para inseri-

los em processo gerencial, retornamos a um conflito entre padronização de processos e seus resultados através da inclusão planejadas nas rotinas produtivas, e um atendimento individualizado, em respeito às subjetividades e individualidades de cada um. Uma hipótese a ser averiguada quando nos deparamos em um conflito de lógicas destoantes em um mesmo campo, seria se para a legitimação de uma nova lógica ocorresse de forma conjunta um enfraquecimento da lógica dominante através da desinstitucionalização. Para Oliver (1992) as fontes de pressão sobre normas ou práticas já institucionalizadas podem vir de fontes funcionais, políticas e sociais. No quesito da funcionalidade nos deparamos com um problema que justamente a humanização é frequentemente vista como um problema para que o alcance de desempenho ocorra, em contrapartida de que a lógica a ser desinstitucionalizada traz consigo um conjunto de práticas que dão suporte ao desempenho e competição por recursos citadas pela autora.

Como justificativa social, este estudo também se propõe a reverberações no campo de atuação político, uma vez que diversos movimentos foram feitos com objetivo de dar forças à lógica da humanização no âmbito macropolítico, mas com atuação institucional, no entanto, seus resultados ainda são muito difusos. Outra problemática no campo, é que nos últimos anos o próprio movimento político em atuação vem deslegitimando diversos movimentos e avanços já alcançados pela humanização como debates relativizadores da violência obstétrica e da centralização de poder na figura do médico como detentor do poder saber, desincentivando o poder de escolha e a interdisciplinaridade tão valorizada pela lógica humanizadora. Corroborando a ideia de Oliver (1992) de que a pressão política resulta de mudanças nos interesses e nas distribuições de poder subjacentes. Por fim, a questão social é uma necessidade em debate, no entanto, movimentos micropolíticos já são uma realidade que fortalecem e comunicam sobre a emergência da lógica da humanização no campo da assistência ao parto e nascimento no Brasil (LADEIRA & BORGES, 2022; PICHETH & CRUBELLATE, 2019). Nesse âmbito ainda podemos citar que o mercado também vem se formatando através de uma demanda cada vez maior ou ainda de um maior debate sobre o empoderamento feminino e o poder de escolha informada, como é citada

inclusive nas diretrizes da OMS (2018) de um bom atendimento ao parto. A pressão exercida pelo mercado tem potencial para ser um grande impulsionador da lógica emergente e contracenando de maneira complementar às práticas exercidas na micropolítica como o ativismo e as evidências científicas. Essa conjunção dos fatores citados já mostra um campo de debate atual e com necessidade de avanços no campo científico e nas práticas gerenciais, e de forma suplementar nos âmbitos funcionais, políticos e sociais como citado anteriormente.

1.3 DEMONSTRAÇÃO DO INEDITISMO E/OU ORIGINALIDADE DA PROPOSTA

A importância de observar a relação entre teoria institucional e as relações de poder mostra-se necessária dentro de uma lacuna de poucos estudos que correlacionam tais temas (JONSSON & ARORA-JONSSON, 2018; KARMALI *et al*, 2017) e principalmente, na falta de estudos que mostram a influência das relações de poder no comportamento do agente empreendedor institucional. Somando-se ao campo em análise, que é da assistência obstétrica no Brasil, os resultados desse estudo visam agregar valor e conhecimento ao campo, usando essa convergência teórica da teoria institucional, mais precisamente, do comportamento do agente, com as possibilidades de influência do poder no comportamento do agente empreendedor do parto humanizado. Essa conjuntura é o que nos leva ao caráter de originalidade da temática nos estudos organizacionais. Além da exploração no campo da assistência obstétrica e o maior entendimento das suas peculiaridades, o resultado da pesquisa possibilita um avanço teórico pois propõe uma melhor compreensão da confluência entre poder e teoria institucional, que é tão limitada na área de Estudos Organizacionais (KARMALI *et al*, 2017).

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Diante do objetivo desse estudo, a preferência recai sobre abordagens de pesquisa que repousam sobre ações de análise e identificação de elementos presentes no comportamento, experiências, motivações, práticas, pensamentos e caminho executório de ações dentro de um sistema social e institucional, e por isso a apropriação de uma abordagem qualitativa se configura como o melhor caminho a ser percorrido. Essa escolha é consequência da sua natureza, uma pesquisa que visa interpretação de comportamentos em um contexto específico, o sistema obstétrico brasileiro, em uma multiplicidade de métodos interativos e humanísticos, portanto, assume assim seu forte caráter qualitativo, muito comum em estudos que ocorrem sobre fenômenos sociais (MARSHALL & ROSSMAN, 2011). Trata-se, segundo os autores, do melhor método para entender – e quem sabe mudar – fenômenos sociais complexos (MARSHALL & ROSSMAN, 2011, p. 3), como o objetivo deste estudo que é conhecer o comportamento dos agentes empreendedores diante de lógicas institucionais conflitantes no campo da Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil.

A inspiração para este estudo surgiu com a pesquisa sobre novas práticas institucionais no campo de assistência ao portador de HIV no Canadá, realizado por Maguire, Hardy e Lawrence em 2004. A forma como os autores realizaram a pesquisa com objetivo de construir um entendimento sobre o empreendedorismo institucional em um campo emergente foi esclarecedor para vislumbrar novas possibilidades de pesquisa com enfoque no comportamento do agente empreendedor em uma situação de mudança institucional ou ainda, no surgimento de novos campos, como o surgimento do HIV/AIDS nos anos 80, e toda a estruturação necessária para lidar com portadores, tratamentos, indústrias e diversos elementos e atores que passaram a atuar nesse novo campo. Assim como no estudo de Maguire, Hardy e Lawrence (2004), a sequência de investigação sugerida por Lee (1999) se mostra pertinente para alcançar a inteligibilidade necessária para solucionar a questão de pesquisa:

- a) contextualização, b) descrição vívida, c) estruturação dinâmica (e possivelmente causal) do mundo socialmente construído por membros

organizacionais e, d) as visões de mundo sob a perspectiva das pessoas em estudo (LEE, 1999, p. 43).

De tal forma que, para alcançar a interpretatividade do cenário atual do sistema obstétrico brasileiro – que é o objeto deste estudo – é necessário entendê-lo em retrospectiva e assim, buscar na historicidade do objeto, os seus mecanismos de formação e de institucionalização ao longo do tempo. Para isso, é realizada uma contextualização histórica do nascimento da obstetrícia no Brasil, a sua consolidação enquanto cadeira de especialidade médica, sua apropriação pela ciência sem, no entanto, omitir o caráter político e social dessas apreensões.

Nesse caminho historiográfico, a institucionalização de um parto medicalizado e instrumentalizado é evidenciado como uma das grandes mudanças institucionais do evento. E recentemente, a partir da década de 80, o surgimento de uma nova lógica institucional de humanização dos serviços de saúde, e conseqüentemente do parto, mostra um empreendimento (ou lógica) em emergência no campo de assistência obstétrica: os serviços e o ativismo do parto humanizado.

A partir das análises de dados secundários para a construção da contextualização do objeto de estudo na teoria institucional e para o aporte teórico deste estudo, foi possível observar se que o parto humanizado nasce como uma lógica emergente e conflitante, coabitando com a lógica dominante do parto medicalizado, ou se, trata-se de uma mudança institucional da assistência obstétrica em si. Essa primeira etapa foi essencial para a contextualização a relação de poder subjacente ao corpo feminino e seus processos, evidenciando os parâmetros socioculturais e científicos que sustentam tal relação (objetivo específico 1) e ainda para identificar quais agentes (empreendedores institucionais) ou ainda emergir as figuras centrais que empreendem nesse campo (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) e que foram determinantes na emergência da nova lógica institucional (MCPHERSON & SAUDER, 2013) de parto humanizado (objetivo específico 2).

Em um primeiro momento, o surgimento desses agentes ocorreu em cadeia/rede, com atores identificados por meio do discurso dos primeiros entrevistados, buscando uma saturação na indicação de novos nomes. De tal maneira que permitimos o reconhecimento de uma rede de agentes empreendedores que performam ou atuam, tanto no campo de estudos da teoria institucional quanto nos relacionamentos de poder. Assim torna-se possível o delineamento e entendimento das tramas formadas entre as práticas institucionais e as relações de poder entre os agentes que fazem parte do sistema obstétrico (objetivo específico 3). Com as entrevistas torna-se possível adentrar ao campo para coleta de dados que possam explicar a estruturação das práticas e as formas de atuação, os relacionamentos de poder evidenciados, assim como as pertinências individuais de cada agente, e seu papel enquanto empreendedor institucional ou agente de mudanças diante das duas lógicas postas – tecnomédico e humanizado (objetivos específicos 4, 5 e 6).

A realização da pesquisa participativa nesse momento fez-se necessária com o intuito de entender as mudanças estruturais e os processos sociais fundamentais que atuam no campo (MARSHALL & ROSSMAN, 2011, p.1). Em meio a esse processo, foi iniciado a sequência de entrevistas semiestruturadas com os empreendedores institucionais (que devem ser profissionais da assistência obstétrica no Brasil) que emergiram como figuras determinantes e centrais tanto por meio da contextualização histórica e análise do campo através de estudos e pesquisas da área, ou seja, do aporte de dados secundários utilizados como artigos científicos, livros, sites, entrevistas realizadas à mídia, redes sociais e grupos de apoio, presenciais e on-line. Buscou-se ainda, inicialmente, corroborar essas figuras como atores institucionais com práticas empreendedoras na lógica emergente da humanização, a partir das entrevistas realizadas com os próprios atores, costurando uma rede.

A entrevista como método de abordagem busca conhecer a trajetória do profissional na assistência obstétrica, como ocorreu a sua profissionalização (faculdade, residência, especializações *lato* e *stricto sensu*), como ele tomou conhecimento do movimento de humanização e como ocorreu a adoção de

práticas de humanização, da MBE, como essa mudança surtiu efeito dentro das instituições no qual esse profissional faz parte, assim como identificar características do agente ao desempenhar seus papéis dentro do campo e como eles atuam na profusão das novas práticas, de forma tácita ou explícita, dentro das instituições hospitalares, de ensino, em congressos e conferências, assim como a receptividade (ou falta de) pelos pares e pelos outros atores envolvidos (Vide ANEXO A – Roteiro de Entrevista Atores Institucionais). A entrevista semiestruturada permite o acesso a reserva complexa de conhecimento que o entrevistado tem sobre um determinado assunto, no entanto, uma semiestrutura o mantém direcionado às proposições (ou hipóteses quando é o caso) que foram formuladas com base no que a literatura existente trata sobre os conceitos a serem avaliados (FLICK, 2009).

A análise de discurso resultante das entrevistas semiestruturadas também evidencia a identificação dos pilares regulativos, normativos e cognitivos (SCOTT, 1995) da assistência ao parto repassadas durante o processo de aprendizagem profissional (objetivo específico 4); o conjunto das forças externas (NORTH, 1990; WILLIAMSON, DIMAGGIO & SCOTT, 1995) encontradas no campo de assistência obstétrica do Brasil, a delimitação desse conjunto de forças que possa identificar forças afins e contrárias à lógica dominante de assistência ao parto (objetivo específico 5); e ainda identificar quais ações constituem as práticas de empreendedorismo institucional em campos emergentes (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) (objetivo específico 3).

Em confronto com dados secundários que se relacionam tanto ao campo de assistência obstétrica e suas práticas tanto quanto a teoria institucional, a análise dos dados teve como uma das questões gerais norteadora para entender o comportamento dos agentes empreendedores diante de lógicas institucionais conflitantes: “Como e por que o agente institucional pertencente a uma lógica dominante empreende dentro do campo institucional?”. As proposições do estudo sugerem através das formas de poder foucaultiano o comportamento inovador dentro de campos maduros e já legitimados (objetivo 6). De forma que foram estabelecidos com base na literatura as premissas e proposições que norteiam o estudo.

O estudo de Lawrence, Hardy e Maguire (2004) seguiu algumas premissas para compreender o comportamento dos agentes empreendedores do campo, como verificar quais atores são mais capazes de se engajar com sucesso no empreendedorismo institucional em um campo emergente, identificando as características críticas e distintivas das posições de sujeito ocupadas por empreendedores institucionais de sucesso. Nesse sentido, outro principal norteamento para elaboração metodológica da pesquisa foi: Em campos emergentes, quais são as características das posições de sujeito que fornecem uma base para os atores se engajarem no empreendedorismo institucional?

Uma terceira questão geral de pesquisa dizia respeito ao processo pelo qual os empreendedores institucionais garantem a difusão de novas práticas. Dois componentes principais são os problemas de enquadramento e a justificação da inovação: o enquadramento enfoca a necessidade de mudança e a justificação atende ao valor das mudanças propostas para os atores envolvidos (GREENWOOD *et al.*, 2002). Empreendedores institucionais, portanto, enquadram queixas, diagnosticam causas, angariam apoio, fornecem soluções e permitem a ação coletiva de uma forma estratégica (FLIGSTEIN, 1997; RAO *et al.*, 2000). No entanto, o que é estratégico em um contexto pode não ser em outro. Greenwood *et al.* (2002) examinaram o campo altamente institucionalizado e reconheceram que a teorização pode variar "dependendo da homogeneidade relativa de uma comunidade organizacional", uma vez que "quanto maior for o alcance e a intensidade dos cismas, mais difícil será a tarefa de desenvolver normas aceitáveis" (2002, p. 75). Assim, a terceira questão direcionadora de pesquisa foi: como empreendedores institucionais em campos emergentes se engajam em teorização ao tentar motivar a adoção de novas práticas? Uma primeira suposição foi pensar no desenvolvimento da ciência e conseqüentemente, na Medicina Baseada em Evidências como um dos principais formatadores de mudança de comportamento em campos maduros, como o da assistência obstétrica brasileira.

A questão final de pesquisa envolveu os processos através dos quais novas práticas são institucionalizadas. Em campos emergentes, onde os relacionamentos são fluidos, pode ser difícil incorporar práticas neles. Essa

formulação nos levou à nossa quarta questão norteadora de pesquisa: como os empreendedores institucionais em campos emergentes garantem a institucionalização de novas práticas?

2.1 CONTEXTO DO CAMPO DE PESQUISA

A historiografia foi realizada através de fontes secundárias e demonstrou que o processo de institucionalização da prática obstétrica no Brasil ocorreu por meio de um processo de mudança institucional. O parto, que durante muito tempo foi reconhecidamente tratado como um fenômeno fisiológico, passou por um processo de medicalização e institucionalização, saindo do campo de atuação predominantemente feminino entre gestantes, parteiras e familiares e indo para o campo institucional, ganhando espaço em instituições hospitalares e de ensino, como campo de estudo da medicina e enfermagem (BRENES, 1991). Este foi um processo que ocorreu gradativamente em meados da década de 1850, onde até então as parteiras leigas e até mesmo, diplomadas em escolas estrangeiras, acomodavam-se no espaço urbano sem muita concorrência entre parteiras e médicos (DE MEDEIROS, DE CARVALHO, TURA, 2018).

Mas para que o parto pudesse chegar aos meios institucionais foi necessário dar início a um processo de medicalização e institucionalização do parto, e assim, a prática cotidiana de assistência obstétrica pôde então ser transformada em um saber-poder-fazer essencialmente masculino, uma vez que o campo da medicina foi durante muito tempo uma arena masculina (WOLFF e VASCONCELOS MOURA, 2004, p. 280). Diante dessa captura, para que mulheres pudessem permitir a entrada de uma assistência predominantemente masculina em um evento tão íntimo, foi necessária uma remodelação da forma que o parto era tratado, de um evento biopsicossocial, natural e intuitivo, para um objeto de estudo agregado da segurança e conhecimento de uma instituição médico-científica detentora deste saber-poder (FOUCAULT, 1979).

Este processo de mudança institucional é evidenciado através da historicidade delineada através do item 3 Contextualização do objeto de estudo na Teoria Institucional e demonstra o processo longitudinal sobre a construção de um modelo de lógica, que se tornou dominante e o surgimento de uma lógica conflitante, com princípios de humanização e na medicina baseada em evidências.

2.2 PREMISSAS E PROPOSIÇÕES

Essa seção tem o objetivo de mostrar de forma holística o relacionamento entre as proposições. O processo indutivo busca encontrar consistência empírica a partir da emergência dos conceitos durante o processo de entrevistas. Dado um conjunto de premissas com correta fundamentação teórica, temos que:

Premissa 1: Em um campo altamente institucionalizado, como o campo da Assistência obstétrica brasileira, o conjunto de crenças, a estrutura social – o que remete às funções, as regras da vida social enquanto desempenho e reprodução de práticas sociais, assim como a consciência discursiva e a reflexividade (GIDDENS, 2009) são frutos da própria instituição. Assim, é estabelecido como algo garantido (*taken for granted*) que as ações e empreendimentos emergentes desse campo estejam já constituídos pelas regras, práticas, funções e consciência discursiva construídas institucionalmente. Ou seja, não há espaço apropriado para elementos que já não sejam comungados pelo campo.

Premissa 2: Devido aos elementos em comum no campo institucional, a inovação que emerge já surge carregada dos valores, crenças, práticas e elementos normativos, cognitivos e regulativos pertencentes ao próprio campo. De forma que, mesmo com o surgimento de inovação, o empreendedorismo nasce carregado institucionalmente, ou seja, a inovação empreendedora surge do meio institucional e dos seus significados, não devendo assim, agir de forma conflituosa à instituição dominante.

Premissa 3: O processo de criação de instituições é geralmente centrado na noção de acordo voluntário entre os atores interessados, de forma que por meio de uma seleção competitiva, novas instituições emergem quando os acordos propiciam maiores ganhos aos atores do que as instituições vigentes (HALL & TAYLOR, 2003, p. 206).

Para tais premissas foram elaboradas três proposições a seguir que nortearam um primeiro cruzamento de dados entre elaborações teóricas da Teoria Social e de forma derivada da Teoria Institucional:

Proposição 1: De acordo com a Premissa 1, fatores não originados do próprio campo atuam para motivar o comportamento do empreendedor a inovar institucionalmente, levando assim a possibilidade de um conflito institucional entre o campo e o empreendimento emergente.

Proposição 2: Considerando a Premissa 2, esses fatores podem ser originários de diversas fontes externas, porém, a ética e a experiência individuais são fatores determinantes para que o indivíduo empreendedor possa agir fora das forças do campo institucional e buscando novos conjuntos de normativos, cognitivos e regulativos que atendam aos conflitos identificados no campo, e assim, a inovação institucional pode acontecer.

Proposição 3: Levando-se em consideração a Premissa 3, o empreendedorismo institucional ocorre quando o novo arranjo institucional promete maiores benefícios aos interessados do que a forma atual.

Diante do exposto, a principal questão do estudo foi estabelecida pelo objetivo da pesquisa em conhecer o comportamento dos agentes empreendedores diante de lógicas institucionais conflitantes no campo da Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil. E como percurso metodológico os objetivos de a) contextualizar, a partir da historicidade da assistência ao parto e nascimento, o poder relacional subjacente ao corpo feminino e seus processos dentro do sistema obstétrico vigente, evidenciando os parâmetros socioculturais e científicos que sustentam tal relação; b) relacionar quais agentes (empreendedores institucionais) (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) foram centrais e determinantes na emergência da nova lógica institucional (MCPHERSON & SAUDER, 2013) de parto humanizado; c)

delinear as práticas exercidas pelos agentes empreendedores institucionais (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) para a emergência de uma nova lógica (humanização) em um campo institucional já identificado à uma lógica dominante e conflitante (tecnocracia); d) identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais a reprodução dos pilares regulativos, normativos e cognitivos (SCOTT, 1995) da assistência ao parto repassadas durante o processo de aprendizagem profissional; e) identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais o conjunto das forças externas (NORTH, 1990; WILLIAMSON, DIMAGGIO & SCOTT, 1995) encontradas no campo de assistência obstétrica do Brasil de forma a identificar forças afins e contrárias à lógica dominante de assistência ao parto; f) analisar as práticas de empreendedorismo institucional e a emergência do protagonismo feminino na relação de poder para responder como e por que o agente institucional empreende dentro do campo institucional apesar das forças institucionais conflitantes, para explicar o comportamento inovador dentro de campos maduros e já legitimados.

2.3 COLETA DE DADOS

Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo? (FOUCAULT, 2012, p. 8).

O presente estudo teve início através de um processo imersivo no campo, ainda sem delineamento de questões norteadoras de pesquisa, que teve início em 2011, através da participação de grupos que debatiam sobre gestação, parto e nascimento sob a perspectiva da humanização. É importante compartilhar que a familiaridade com o campo, teve início antes do processo de doutoramento e que serviu como ponto de partida para busca de respostas à muitos problemas que eram evidenciados no campo, a princípio, resumido na constatação de que era muito difícil ter acesso a um parto normal digno e

respeitoso no Brasil. Essa participação ocorreu de forma presencial em dois grupos da cidade de Maringá – PR denominados, Gesta Maringá e Maternati, com participação eventual em outro grupo denominado Gesta Londrina, na cidade de Londrina – PR. A participação através da internet ocorreu de maneira remota através de grupos em redes sociais com condução multidisciplinar de médicos, enfermeiras, obstetrias, pediatras, neonatologistas, doulas e demais interessados no ativismo do parto humanizado, que eram na sua grande maioria, outras mulheres, que buscavam um espaço para debate e conhecimento sobre as práticas da medicina baseada em evidências (MBE) e material sobre humanização do parto e nascimento. O movimento de humanização do parto e nascimento que emergia cada vez mais como uma nova lógica em busca de um espaço relevante, porém com muita resistência dentro de um campo já maduro e bem estabelecido institucionalmente através da lógica tecnocrata. No entanto, a sistematização do processo de pesquisa somente teve início após os delineamentos dos objetivos de pesquisa, dos procedimentos metodológicos a serem utilizados. O primeiro momento de imersão foi importante para fornecer os elementos necessários para que fosse elaborado uma tecelagem etnográfica:

a construção do campo temático, o trabalho de campo (a observação, a relação pesquisador/pesquisado, o design de pesquisa etc.) e o processo de elaboração do texto etnográfico (ANDION & SERVA, 2016, p. 147).

A partir do delineamento dos objetivos de pesquisa, este estudo buscou a abordagem de construção da ciência a partir da observação de momentos e suas particularidades, como cita Andion e Serva (2006) para o levantamento de questões de pesquisa dentro de um campo social.

A partir dessa imersão no campo-tema, foram utilizadas fontes primárias e secundárias de coleta de dados. O conjunto de fontes secundárias utilizados na elaboração de uma contextualização do objeto de estudo e para o design do aporte teórico, contou com material bibliográfico como livros, técnicos ou não, artigos científicos, sites, atas de reuniões, cópias de apresentações, notas privadas, boletins informativos, comunicados à imprensa e relatórios anuais que ajudassem na reunião de dados históricos e característicos do campo.

Como fonte primária de dados foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas (conforme APÊNDICE A) com os principais atores identificados durante o processo imersivo no campo-tema que agiram como atores/agentes no processo de empreendedorismo institucional de um campo emergente que é o Movimento de Humanização do Parto no Brasil. Esses atores foram identificados principalmente como profissionais do campo que atuam como médicos obstetras, obstetrizes/enfermeiras obstétricas e doulas, pois estes eram os principais representantes do movimento que atuavam através de pequenos grupos regionais e on-line, por meio de livros e artigos científicos, entrevistas, redes sociais, entre outros.

A principal fonte inspiradora desse método foi o estudo de Maguire, Hardy e Lawrence (2004) que tiveram enfoque diretamente nos atores envolvidos nas mudanças nas práticas de consulta e troca de informações em grupos de ativismo sobre a Aids. Os autores ainda realizaram entrevistas com outros atores que estavam menos envolvidos ou ainda através de laços fracos, mas ainda afetados pelas práticas alteradas, incluindo representantes de empresas farmacêuticas e membros da comunidade (MAGUIRE, LAWRENCE & HARDY, 2004).

Assim como o estudo citado, também houve a identificação dos entrevistados iniciais, ou ponto zero, com base no conhecimento pessoal da área, fruto do processo imersivo no campo-tema durante nove anos (2011 a 2020). Nesta perspectiva identificou-se como ponto zero uma médica ginecologista e obstétrica, professora e pesquisadora de grande relevância e com alto reconhecimento nos grupos de troca de informações, presenciais e on-line, e ainda com grande quantidade de estudos publicados na área acadêmica, reconhecidos nacionalmente e internacionalmente em comunidades científicas como COCHRANE e instituições como OMS e OPAS.

Assim como o estudo de Maguire, Hardy e Lawrence (2004) o primeiro entrevistado, ou ponto zero, seria o responsável inicial para o encaminhamento para outros atores, que seriam entrevistados, e que partir da formação de uma rede, novos nomes de relevância e laços fortes não fossem mais citados. A densidade da rede pode ser analisada, conforme Andion (2003) por características como territorialidade e coesão social, temporalidade histórica,

valores éticos e políticos e por fim, capacidade de inovação, adaptação e regulação. Essas configurações avaliam, na sequência os laços recíprocos de coesão social, o histórico de atividades realizadas em rede conforme localidade, território ou comunidade, coerência de valores éticos e emancipatórios e o estabelecimento de comportamentos de solidariedade entre os membros que coadjuvam como promotores de condições favoráveis ao estabelecimento das relações (ANDION, 2003).

O encaminhamento dessa metodologia sofreu uma mudança logo no início, diante de tentativas sem sucesso de entrevistar o agente institucional identificado como ponto zero, motivados por percalços principalmente evidenciados pelo fenômeno que perpassa os anos de estudo, que foi a pandemia da COVID-19, que no Brasil teve início em março de 2020 e ainda segue. Este fenômeno sobrecarregou muitos profissionais de saúde, que trabalhando na linha de frente e sofrendo consequências da infecção e de COVID longa, além da sobrecarga de trabalho, que assolou também os profissionais de saúde da assistência obstétrica, uma vez que a infecção pelos SARSCoV-2 foi associada a complicações e mortalidade aumentada no ciclo gravídico puerperal (SOUZA & AMORIM, 2021). Dada a intercorrência, a primeira entrevista foi realizada com o próximo agente de grande evidência e relevância dentro do campo-tema, médico de ginecologia e obstetrícia e homeopata, autor de livros sobre a humanização do parto, e ator presente no campo do ativismo e construção de uma lógica emergente.

O processo das entrevistas através da rede ocorreu com mais 6 entrevistados. Porém, foi evidenciado em uma análise de dados prévia que, das 7 entrevistas realizadas, apenas três dos entrevistados performavam um comportamento empreendedor dentro do campo. Assim, 4 entrevistas foram descartadas, conforme explicitado através do Quadro 1. A rede que se formava previamente com fortes evidências de práticas empreendedoras recaía basicamente em uma rede de laços fortes entre agentes pertencentes à uma instituição de sociedade civil, existente desde 1993, denominada Rede pela Humanização do Parto e Nascimento ou ReHuNa, entre eles, três já haviam sido entrevistados na Etapa 1, conforme Quadro 1 explicativo. Os empreendedores institucionais, como citado por Maguire, Lawrence e Hardy

(2004), são aqueles que movimentam recursos para criar novas instituições ou transformar as existentes, engajados em ações que possam modificar ou emergir novas práticas que caracterizem a lógica empreendedora (GREENWOOD & SUDABBY, 2006) por meio de atuação insidiosa nos pilares cultural-cognitivo, normativo e regulativo (SCOTT, 2005) em ações políticas, de ativismo, de pesquisa acadêmica, e de disseminação dessas práticas.

Quadro 1 – Etapa e duração das entrevistas

ETAPA 1			ETAPA 2		
ENTREVISTADO	DURAÇÃO	STATUS	ENTREVISTADO	DURAÇÃO	STATUS
1	2 H 10 M	ETAPA 2	1	2 H 10 M	REAPROVEITADA ETAPA 1
2	1 H 26 M	ETAPA 2	2	1 H 26 M	REAPROVEITADA ETAPA 1
3	4 H 24 M	ETAPA 2	3	4 H 24 M	REAPROVEITADA ETAPA 1
4	1 H 15 M	DESCARTADA	4	1 H 40 M	NOVA ENTREVISTA
5	2 H 11 M	DESCARTADA	5	1 H 50 M	NOVA ENTREVISTA
6	1 H 37 M	DESCARTADA	-	-	-
7	1 H 03 M	DESCARTADA	-	-	-
DURAÇÃO TOTAL	14 H 06 M		DURAÇÃO TOTAL	11 H 30 M	

Fonte: A autora

Esta primeira análise, foi importante para redimensionar o percurso metodológico, de forma tal, que das sete entrevistas, quatro foram descartadas por ter mais motivação ideológica do que práticas empreendedoras e ainda, por se caracterizarem em laços fracos na análise de práticas realizadas de forma comunitária dentro do campo. O novo percurso delimitou-se em atores empreendedores da ReHuNa, que demonstraram ter história, estratégia política e ações em conjunto que resultaram em mudanças legitimadas em uma arena institucional em desenvolvimento, nas quais lógicas tecnocrata e humanística disputam mercado, leis, diretrizes e novos adeptos.

Assim, na Etapa 2, este estudo contou com uma amostra de cinco entrevistados, todos pertencentes à gestão atual ou já pertencentes à ReHuNa. A delimitação da amostra ocorreu com modificações onde, apenas os laços

fortes foram utilizados, e apenas um agente indicado pela rede não foi contemplado por motivos de incompatibilidade com a agenda prevista para finalização deste estudo. No entanto, é importante considerar que a saturação de dados foi alcançada, pois a análise de discurso permitiu evidenciar quais os principais atores diante dessa lógica emergente da humanização do parto e nascimento, quais principais práticas foram e são utilizadas para a construção desta lógica, quais atuações e reverberações importantes dentro do contexto dos pilares institucionais e a identificação de forças externas capazes de transformações no campo. Ainda permitiu evidenciar as estruturas de poder existentes no campo da assistência obstétrica e como elas atuam diante das lógicas conflitantes, e também quais principais perspectivas de mudança institucional são vislumbradas pelos empreendedores entrevistados e quais as principais vias de mudança institucional que já são evidenciadas no campo.

As entrevistas dessa segunda fase ocorreram entre novembro de 2020 à julho de 2022, foram realizadas pela plataforma de serviço de comunicação por vídeo, Google Meet. As entrevistas foram gravadas e armazenadas para fins de análise e transcrição. As gravações tiveram durações variadas sendo a mais curta com duração de 1 hora e 26 minutos e a mais longa com duração de 4 horas e 24 minutos, e todas foram armazenadas no Google Drive, serviço de armazenamento na nuvem.

A transcrição das entrevistas foi realizada por um software de transcrição automatizada por inteligência artificial *online* chamado SONIX. Essa tecnologia permite a visualização da transcrição, juntamente com as passagens em áudio e vídeo, e a possibilidade de codificações pelo próprio software. As transcrições foram realizadas pelo software e foram armazenadas na nuvem para que pré-codificações e retomadas de análise de áudio, vídeo e texto fossem utilizadas quando necessário. Arquivos transcritos foram exportados em formato Word para o segundo processo de análise de dados que ocorreu com a utilização do software ATLAS.ti 22, que é um software de análise de dados qualitativos assistido por computador, que auxilia com metodologias de pesquisa qualitativa através da análise de dados, codificações, formação de redes e nuvem de palavras. Foram analisados 9 documentos de transcrições, foram destacadas 310 citações que foram categorizadas em 67 códigos que evidenciavam

significados, práticas, perfis e demais características pertinentes ao entendimento do discurso. A magnitude conforme demonstra a Tabela 1 a seguir mostra a quantidade de vezes que trechos foram categorizados em cada código.

Tabela 1 – Tabela de códigos e magnitude elencados na análise dos dados.

Código	Magnitude
○ Aliança	14
○ Assistência ao parto	12
○ Ativismo	12
○ Atuação profissional	24
○ Capitalismo	13
○ Carta de Campinas	2
○ Casa de Parto	2
○ Cesárea	9
○ Ciência	16
○ Cientista	2
○ Comunicador	2
○ Conflito	32
○ Conhecimento	3
○ Contato com a humanização	14
○ Corporativismo	7
○ Cultural-Cognitivo	65
○ Currículo oculto	3
○ Decisão	2
○ Dissociação	6
○ Dor	3
○ Doula	3
○ Educação	10
○ Escolha informada	2
○ Estratégia	10
○ Estrategista	16
○ Estudos	6
○ Eventos	9
○ Feminismo	2
○ Filme/livro/mídia	8
○ Formação acadêmica	32
○ Gênero	6
○ Gerencialismo	7
○ Humanização	30
○ Informação (Falta de)	7
○ Instituições Paralelas	28
○ Internacionalização	15
○ Legitimidade	4

○ Linha de produção	3
○ Mercado	37
○ Ministério da Saúde	3
○ Modelo de lógicas	23
○ Mortalidade	1
○ Motivação	12
○ Mudança	23
○ Multidisciplinar	16
○ Multiplicadora de informações	7
○ Normativo	19
○ Objetificação	2
○ Parteria tradicional	1
○ Parto	12
○ Personalidade Individual	30
○ Poder	32
○ política	13
○ Política Pública	14
○ Práticas da Humanização	22
○ Pré-natal	1
○ Precusores no movimento	11
○ protagonismo feminino	15
○ Rede	3
○ Regulatório	19
○ ReHuNa	14
○ Resultado das práticas	21
○ Revolucionário	7
○ Sanção	6
○ Sistema Obstétrico Brasileiro	34
○ Solução	4
○ Violência obstétrica	26

Fonte: Elaborado pela autora

As codificações serviram como direcionamento para que elementos que pudessem aderir aos objetivos propostos fossem analisados.

A análise dos dados ocorreu através da análise de discurso, dado seu caráter interdisciplinar e na natureza de um campo em desenvolvimento e de constantes mudanças. Tais características evidenciam uma diversidade constitutiva, mas que, no entanto, podem ser compreendidos através do uso de uma linguagem que colabora com construções de novos signos com funções ideológicas e sociais. A análise de discurso, como cita Godoi, Bandeira-de-Mello e Silva (2006), pode ser entendida como um método que trabalha com

uma ausência de clareza, mas que, no entanto, não tem o papel de definição ou conceituação, e sim a compreensão de estruturas sociais que trabalham justamente através da multiplicidade das ciências sociais, e que vai além do conteúdo, abrangendo inclusive componentes não-verbais ou não explícitos do discurso. Para Foucault, ao analisar os discursos é possibilitado a compreensão através do funcionamento imanente, a partir das regras que determinam sua formação, aparência, emergência e singularidade. Para Foucault, os discursos e as práticas que inspiram obedecer às regras não explícitas em sua superfície, e que compõem, ao mesmo tempo, um conjunto de restrições e possibilidades com segundo a qual os discursos costumam ser enunciados, transmitidos, transcritos, escritos, legitimados ou rejeitados (ALBANO, 2007). Assim, este estudo constitui-se a partir da análise do discurso e das práticas emergem ideologicamente para a construção de uma lógica empreendedora dentro do campo institucional da assistência obstétrica.

Van Dijk (2006) cita que ideologias são sistemas de ideias sociocognitivamente definidas não apenas através do conteúdo discursivo, mas principalmente compartilhado por meio de crenças e práticas reproduzidas socialmente entre os membros do grupo, mas que ainda podem ser “adquiridas, confirmadas, alteradas e perpetuadas através do discurso” (VAN DIJK, 2006, p. 115). Sendo assim, a análise de discurso um método poderoso para estudar estruturas e funções subjacentes. O autor ainda denomina que ideologias não são estruturadas, não são privadas ou pessoais, e sim são compartilhadas entre atores sociais e são identitárias à movimentos sociais também institucionalizados.

Outro fato preponderante para a escolha da análise recai sobre o objetivo de pesquisa estudado, que se trata de um campo institucional onde duas lógicas atuam, não de forma dicotômica, mas como lógicas conflitantes.

É possível, inclusive nomear segundo Van Dick (2006) como ideologias conflitantes: a lógica dominante, madura e bem institucionalizada da assistência tecnocrática de um lado de um continuum, até uma lógica emergente, em crescimento, transformação e buscando legitimidade institucional de outro lado, denominado como lógica humanizada. Nesse aspecto, a análise de discurso permite identificar tais lógicas como sistemas

ideológicos como característica proeminente da estrutura das ideologias que podem ser “sistematicamente estudadas em todos os níveis de texto e conversa”, a partir das análises de valor de práticas exercidas por membros de ambos os grupos, qualificando-as como práticas boas ou ruins (VAN DIJK, 2006, p. 115).

A arqueologia de Foucault (1994) trata-se do método como análise dos discursos como estrutura de arquivo que registra as relações entre sujeitos e instituições:

Quais indivíduos, quais grupos, quais classes têm acesso a tal tipo de discurso? Como é institucionalizada a relação do discurso com aquele que o detém, com aquele que o recebe? Como se assinala e se define a relação do discurso com o seu autor? Como se desenrola, entre classes, nações, coletividades linguísticas, culturais ou étnicas, a luta para o domínio dos discursos (FOUCAULT, “Réponse à une question”, DE, I, 1994, p. 682)

Como método de análise foucaultiano, temos então a tratativa de entender o percurso histórico do campo da assistência obstétrica e com a elucidação de enunciados, a estrutura das relações e surgimento das instituições e principalmente como ocorreu as relações de poder durante esse percurso. A utilização de percurso histórico para Foucault (1994, p. 606), remete à um entendimento de que é necessário entender nosso percurso histórico, enquanto singularidades históricas, para fazer uma construção de um diagnóstico do presente. E ainda, utilizando-se da metodologia arqueológica (Foucault, 1994) para capturar, através do discurso dos entrevistados elementos que emergem à superfície evidenciando o caráter estruturalista dos relacionamentos e proposições que a neutralidade histórica não pôde evidenciar, ou ainda, que não estavam circunscritos nos questionamentos inerentes à construção científica daquele campo.

Pela perspectiva epistemológica da construção de uma inteligibilidade sobre um campos social, neste estudo, guia-se por vertentes que se aproximam da fenomenologia e do existencialismo utilizando-se como trajeto a construção metodológica da ciência utilizada por Foucault (2010) através de instrumentos como a genealogia, arqueologia e a análise pragmática que

visam a interpretação de um campo social é utilizada como plano de investigação não condizente à uma metodologia de pesquisa positivista caracterizada por sua linguagem denotativa e observacional, pela sua estratégia de construção indutiva e dedutiva, com consistência lógica, predição e controle.

Enquanto a arqueologia é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir da discursividade local assim descrita, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem desta discursividade (FOUCAULT, 2010, p. 11).

Uma vez que o método arqueogenealógico de Foucault (2010) busca através da utilização do sujeito, da linguagem e da história, o entendimento de “quem somos nós hoje”. Providenciados pela historiografia relacionada aos atores e seus discursos. De tal forma, temos a compreensão metodológica de entender, como cita Boeira e Vieira (2006), que

a vida em sociedade não pode ser descrita, e muito menos explicada, apenas levando-se em conta as características exteriores e objetiváveis do comportamento humano (BOEIRA & VIEIRA, 2006, p. 35).

O presente estudo apoia-se na análise de discurso que se utiliza principalmente da via social-hermenêutica, uma vez que não se pretende aqui o desenvolvimento de uma análise interna de texto, mas sim de uma reconstrução dos sentidos dos discursos e dos interesses dos sujeitos nas organizações (GODOI, BANDEIRA-DE-MELLO & SILVA, 2006, p. 378), no entanto abrindo mão do uso da análise de conteúdo e da semiótica, quando este trajeto se mostra conveniente. Seja na análise informacional-quantitativa, ao buscar frequência, sobreposições e correlações semânticas no conteúdo, na descrição e objetificação de elementos, na definição de papéis e ainda na categorização realizada através do uso do software Atlas Ti, seja na análise semiótica que busca elementos que constituem signos que possam representar a estrutura social. Ou ainda na observação do desenvolvimento da ciência como via, e não como conteúdo de produção de verdades a partir de Foucault (2012) a análise surge de um discurso que foi produzido coletivamente:

A produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 2012, p. 8-9).

Dado este contexto, a perspectiva analítica de Foucault (2012) sobre o discurso observa desde mutações científicas às narrativas reproduzidas coletivamente de emergem na linguagem dos respondentes, o que demonstra a materialidade das práticas, modos de vida, dos poderes, do cerceamento biopolítico, da legitimidade das instituições e através desse viés metodológico as falas foram analisadas, categorizadas, relacionadas e postas em redes de acordo com suas simbologias e relacionamentos.

As relações de poder-saber, ou sujeito-verdade-poder foucaultianas são utilizadas como guia para a compreensão do campo temático como um “movimento por meio do qual o sujeito se atribui o direito de interrogar a verdade sobre os seus efeitos de poder, e ao poder sobre seus discursos de verdade” (FOUCAULT, 1995, p. 5). Tal análise crítica é utilizada desde a construção arqueológica realizada no Modelo Histórico de Parto no Brasil (item 3.1.1) até a análise dos discursos evidenciados nas entrevistas sobre como a miríade de elementos que constroem um campo tecnicista pertencente à um modelo capitalista de produção são guiados principalmente pelas relações de poder entre sujeitos e instituições, da biopolítica do corpo, da mecanização e captura de processos fisiológicos dentro de uma linha produtiva que acata uma economia de produção na qual instituições de saúde que atendem ao sistema obstétricos se inserem.

Inclusive, ao utilizar-se da história como pano de fundo, é possível chegar ao entendimento da construção dos fatores culturais, normativos e regulativos que serão debatidos como um dos pilares institucionais citados por Scott (2005). Foucault (1994) em *La vie des hommes infames* disserta sobre essa construção de uma verdade social onde as relações de poder e sujeito produzem um “teatro social da verdade” que correspondem às práticas da lógica tecnicista da assistência obstétrica e podem ser evidenciadas na

produção de narrativas que dão suporte à lógica dominante mesmo quando demais cenários, como o científico, apontam caminhos diferentes na condução da assistência. Tal método histórico-arqueológico de Foucault permite estudar não a ciência enquanto conteúdo, mas a ciência enquanto construção ainda em movimento e seus aspectos funcionais no desenvolvimento da sociedade (FOUCAULT, “*Entretien avec Michel Foucault*”, DE, I, 2001). Em uma construção de verdade, que para Foucault pode ocorrer pela análise da estrutura racional do discurso, persuasão (retórica), ensino (pedagogia) e discussão (aparecimento gradual da verdade no diálogo) (FOUCAULT, 1994).

A análise de discurso ocorreu durante as entrevistas e posteriormente na análise reflexiva do material coletado e com auxílio dos softwares ATLAS Ti 22 e SONIX para observação e análise do seu conteúdo textual e extratextual. As citações que aparecem na análise dos dados são das transcrições, porém com a omissão de alguns detalhes necessários para garantia da confidencialidade dos respondentes, de alianças realizadas ou de instituições citadas. Todos os entrevistados aparecem sob a alcunha de Entrevistado/a (n). As identidades de gênero foram mantidas, assim como as referências de grupo obedecem ao gênero predominante no grupo, como por exemplo os médicos, as enfermeiras/obstetizes, por dois motivos: pela maioria numérica no campo e pelo *ethos* científico.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO NA TEORIA INSTITUCIONAL

Este capítulo tem como objetivo apresentar a contextualização histórica do objeto de estudo na teoria institucional, neste caso, o campo da assistência obstétrica e o aporte teórico do estudo que tem como objetivo discutir a teoria existente relativa à teoria institucional e os mecanismos e sujeição e poder de Foucault.

Como estratégia arqueogenealógica, esta seção objetiva-se na narrativa histórica dos fatos como possibilidade de estabelecimento da constituição dos saberes, práticas sociais e profissionais e do discurso utilizado como estratégia macrocultural de desenvolvimento de uma narrativa sobre a construção do campo da assistência obstétrica no Brasil. Na sequência, o movimento da humanização do parto é descrito a partir de suas origens e internacionalização de práticas e campo teórico que auxiliaram na formação do campo. E por fim, é contextualizado a formação da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), campo de pesquisa empírica utilizado neste estudo.

3.1 MODELO HISTÓRICO DO PARTO NO BRASIL

Para que o parto, um processo naturalmente íntimo e feminino, pudesse ser capturado por instituições de saúde e sujeito às práticas e procedimentos alheios ao processo biológico que o constitui, recorreu-se a primeira grande mudança institucional deste evento biopsicossocial – de parto natural para um evento médico e instrumentalizado – sujeito às práticas médicas. De forma que, o parto, com uma longa história de naturalização e composto de saberes femininos, que ocorria no âmbito domiciliar e com auxílio de outras mulheres, geralmente com a figura central da parteira leiga, aquela cujo conhecimento tinha sido adquirido tacitamente e geralmente conjunta a uma história de pertencimento comunitário, foi cedendo um espaço cada vez maior às instituições hospitalares. Em um primeiro momento como auxílio para pesquisa e ensino de médicos e estudantes de medicina (BRENES, 1991), pois de fato, a parturiente personifica o objeto de estudo de um segmento que era pouco conhecido pela medicina até então, e em um segundo momento, como parte constituinte de um ramo da medicina que estava se institucionalizando, a Obstetrícia.

A “arte obstétrica”, que ocorreu inicialmente na Europa (nos séculos XVII e XVIII) entra em cena nas faculdades de medicina do Brasil apenas no século XIX, com forte influência portuguesa. Em 1808, Dom João VI inclui por edital as disciplinas que inauguram as escolas de medicina e cirurgia, na Bahia e Rio de

Janeiro, escolas essas que deveriam não apenas ensinar cirurgia, mas também a “arte obstétrica” (BRENES, 1991, p. 137). A trajetória da medicina obstétrica ocorreu de forma muito dificultosa no Brasil. A fim de transformar um evento fisiológico pertencente ao corpo feminino em um objeto de estudo da medicina, a patologização (CANGUILHEM, 1995) do mesmo foi construída de forma a levar sua “prática” (ainda denominada “arte” visto que ainda não configurava um campo da ciência propriamente dita, principalmente devido ao seu desconhecimento) aos centros médicos. A obstetrícia nasceu pela necessidade de conhecimento técnico e científico com enfoque biológico sobre a natureza do parto e seus processos. E conseqüentemente, por apropriação da medicina e da psiquiatria, este último, exercendo forte influência patológica à processos inerentemente femininos, como parto e puerpério, e quaisquer processos hormonais e biológicos pertencentes ao corpo da mulher (BRENES, 1991).

Antes dessa apropriação, a prática da “arte obstétrica” era um trabalho realizado entre mulheres, as parteiras-leigas, aparadeiras ou comadres, que detinham esse conhecimento de forma tácita e empírica por meio da prática e dos saberes popularmente reproduzidos e atuavam na assistência de pré-parto, parto, puerpério e cuidados puerperais, assim como o tratamento a doenças ginecológicas e/ou abortos. Quando ocorriam complicações no parto que impediam o nascimento natural ou ainda, com as intervenções realizadas pelas parteiras, os cirurgiões-barbeiros, ou cirurgiões-parteiros, eram chamados a intervir. E de acordo com Maia (2010, p. 27) essas intervenções eram quase sempre tão ineficazes quanto as das parteiras, e normalmente o papel dos cirurgiões-barbeiros era de retirar um feto vivo de sua mãe morta.

De acordo com Brenes (1991), a inclusão da obstetrícia como disciplina nas escolas de medicina teve início em 1812, no Rio de Janeiro, mas ocorria de forma teórica e com pouco manejo experimental, devido ao pouco acesso que os estudantes e médicos tinham às parturientes. Diversos projetos foram levados adiante na tentativa de melhorar as técnicas médicas da obstetrícia e da medicina em geral, e principalmente para estimular a ida das gestantes para a instituição hospitalar, o que não era comum na época. Com o passar do tempo, o número de anos de estudo aumentou gradativamente, de 4 até chegar a 6 anos, e também passou a contar com a diversificação de uma medicina

única para a separação em cadeiras e lentes que ocupavam diversas especialidades da área médica, entre elas a obstetrícia. Em 1832 foram concedidos os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira-profissional aos primeiros formandos brasileiros de uma mesma faculdade da área médica.

No entanto as dificuldades com a prática persistiam devido a diversos problemas que iam desde as péssimas condições hospitalares, até mesmo pela cultura e caráter religioso de que as mulheres poderiam ser tocadas e vistas na sua intimidade apenas pelos seus maridos e nos casos da gestação, por outras mulheres sob a pena de perderem sua dignidade no meio social da época. Diante de tal impasse cultural-cognitivo, a mudança institucional de parto natural e caseiro para parto hospitalar e medicalizado encontrava um grande entrave para acontecer. Uma das formas de lidar com tal situação, contou com duas principais mudanças que foram inseridas no “jogo”: a patologização da saúde feminina e sua consequente sujeição aos saberes médicos. Passar a tratar a gestação e o parto como uma patologização, foi o principal recurso para lutar contra essa cultura ainda cercada de tabus, e ainda criar um saber-poder que atuava sobre o corpo feminino.

Mais serviços passaram a ser ofertados para as mulheres e de forma mais ampla, porém as objeções culturais foram sendo superadas com dificuldade até meados de 1855, quando os médicos passaram a competir de forma mais efetiva com as parteiras leigas. Esse período de transição foi evidenciado por jornais cariocas que mostraram a incidência de médicos publicando e ofertando em classificados seus serviços e entrando na arena como fortes concorrentes ao trabalho realizados até então, principalmente pelas parteiras-leigas (DE MEDEIROS *et al*, 2018). De acordo com este autor, uma das formas de transpor a barreira cultural da época recaiu sobre o juramento médico ao Código de Ética, prometendo resguardar as intimidades e segredos daquelas que buscassem os serviços hospitalares em caso de gravidez, aborto e/ou doenças relacionadas à saúde da mulher e sua sexualidade.

Ao levar o parto para as maternidades, seus residentes podiam treinar suas habilidades e experimentar técnicas relacionadas ao parto, que pouco

tinham a ver com uma conduta expectante de assistência passiva ao parto, e sim com condutas ativas que envolviam técnicas, procedimentos e medicalização do evento. Assim um evento que era tratado de forma natural e intuitiva do próprio trabalho de parto, foi sendo instrumentalizado e medicalizado cada vez mais, de acordo com as “novidades” que vinham principalmente de fora do país, de forma a permitir a prática de procedimentos médicos intervencionistas. Conforme citam Wolff e Vasconcelos Moura (2004, p. 281), no século XX principalmente após a Segunda Guerra Mundial e com a predominância do parto hospitalar, procedimentos passaram a ser incluídos nas rotinas do parto, como a episiotomia e o fórceps profilático, ou seja, sem averiguação de sua necessidade, mas como rotinas dentro de um meio recém-institucionalizado. Tais procedimentos que primeiramente passaram a ser utilizados como forma de aprendizagem do processo de nascimento foram se propagando como etapas de um “processo planejado”, como em um ritual, os alunos de obstetrícia já aprendiam a lidar com o parto de forma técnica e instrumentalizada, repetiam tais rituais ao longo da sua vida profissional, e quando era o caso, ensinavam aos seus aprendizes, fortalecendo historicamente o pilar cultural-cognitivo dessa mudança institucional.

Em 1910, como mais uma tentativa de conseguir mudar a assistência institucional do parto, foi inaugurada a primeira maternidade brasileira, localizada na Bahia, a fim de ter um local reservado ao atendimento e prática da saúde da mulher e do recém-nascido (BRENES, 1991). Com a mudança institucional do parto e com a construção de um saber-poder sobre o corpo feminino, foi possível privilegiar o treinamento de acadêmicos e residentes da medicina e obstetrícia de forma a atender as demandas do desenvolvimento desse campo de conhecimento (WOLFF *et al*, 2004, p. 281).

Esse modelo de atuação foi agregando, com o avanço da ciência, mais e mais intervenções chegando ao ponto do parto com sedação total, conhecido como sono crepuscular (*twilight sleep*):

o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam

intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas (DINIZ, 2005, p. 628).

Hoje o ápice das intervenções costuma ocorrer tanto em cirurgias cesarianas eletivas ou não, como em partos vaginais, este último quando incorre na submissão da mulher a ocitocinas sintéticas, proibição da deambulação, toques vaginais, controle contínuo de BCFs e contrações com sonar doppler/cardiocotografia, obrigatoriedade da posição supina, episiotomia, manobra de Kristeller, fórceps e vácuo extrator, quando utilizados sem necessidade, apenas como protocolo de atendimento a partos vaginais ou a cesariana sem indicação, como consequência “óbvia” da gestação.

Quadro 2 - Modelos assistenciais de atenção ao atendimento médico-institucional.

Modelo Tecnomédico ou Biomédico	Modelo Humanista	Modelo Holístico
<ol style="list-style-type: none"> 1. Separação corpo-mente. 2. O corpo como máquina. 3. O paciente como objeto. 4. Alienação do médico em relação ao paciente. 5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção). 6. Organização hierárquica e padronização de cuidados. 7. Autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente. 8. Supervalorização da ciência e tecnologia dura. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conexão corpo-mente. 2. O corpo como organismo. 3. O paciente como sujeito relacional. 4. Conexão e carinho entre médico e paciente. 5. Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora. 6. Balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo. 7. Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unicidade de corpo-mente e espírito. 2. O corpo é um sistema de energia interligado com outros sistemas de energia. 3. Cura da pessoa em sua integralidade em um contexto de vida como um todo. 4. Unidade essencial entre médico e cliente. 5. Diagnóstico e cura de dentro para fora. 6. Estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência.

<p>9. Intervenções agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.</p> <p>10. A morte como derrota.</p> <p>11. Um sistema dirigido pelo lucro.</p> <p>12. Intolerância a outras modalidades.</p>	<p>8. Ciência e tecnologia contrabalançada com o humanismo.</p> <p>9. Foco na prevenção da doença.</p> <p>10. A morte como resultado aceitável.</p> <p>11. Cuidados dirigidos pela compaixão.</p> <p>12. Mente aberta para outras modalidades.</p>	<p>7. Autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo.</p> <p>8. Ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo.</p> <p>9. Focalização, a longo prazo, na criação e manutenção da saúde e do bem-estar.</p> <p>10. A morte é um processo.</p> <p>11. A cura é o foco.</p> <p>12. Abarca múltiplas modalidades de cura.</p>
<p>Princípio básico subjacente: separação.</p>	<p>Princípios básicos subjacentes: balanço e conexão.</p>	<p>Princípios básicos subjacentes: conexão e integração.</p>
<p>Tipo de pensamento: unimodal, lado esquerdo do cérebro e linear.</p>	<p>Tipo de pensamento: bimodal.</p>	<p>Tipo de pensamento: fluido, multimodal e lado direito do cérebro.</p>

Fonte: Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2014).

O Quadro 2 acima, descreve três momentos importantes da assistência ao parto no Brasil reconhecido de forma normativa pelo Ministério da Saúde em 2014. O primeiro Modelo Tecnomédico ou Biomédico mostra características atribuídas à assistência ao parto no Brasil após a sua primeira mudança institucional, quando as ciências médicas passaram a atuar no parto por meio da obstetrícia. Foi um momento de “aprender” obstetrícia com a união dos saberes tácitos aos saberes médicos, assim como buscar procedimentos e métodos que pudessem auxiliar na diminuição de mortes maternas e neonatais.

Apesar dessa fase ser uma grande evolução na assistência obstétrica, a inclusão do parto em um modus operandi de produtividade e eficácia, acabou por distanciar o parto da sua natureza biopsicossocial. Porém, como cita Ullman

(1991) todo o esforço crescente para proteger a mãe e o bebê, que levou a intervenções e manipulações do processo de parto, acabou por tornar o parto um evento traumático e perigoso. Além dos resultados empíricos, uma nova cultura se formava a partir daí. Um constante medo, derivado principalmente de desfechos e experiências difíceis para a mulher, que era cortada (episiotomia), e exposta a um parto medicado e instrumentalizado (utilização de ocitocina sintética e uso de fórceps) e assim, o parto foi gradativamente deixado de ser sentido socialmente como um evento natural, para ser culturalmente reproduzido como algo perigoso e ainda mais difícil.

Práticas como essa passaram a construir um modelo de assistência ao parto que repercutiu negativamente na qualidade de entendimento do parto normal de baixo risco. A cultura do parto normal era cada vez mais minada devido a sua excessiva medicalização e instrumentação, o que deixou a opção por uma cirurgia cesariana com anestesia e uma relativa curta duração cada vez mais atraente, tanto para as mulheres quanto para os médicos e equipe médica, pois dessa forma é possível maior controle do evento na sua totalidade e acompanhamento do processo dentro de uma rotina organizacional. E apesar das mudanças, as taxas de morbidades maternas e neonatais não foram um indicativo de sucesso da instrumentalização e medicalização do parto (ULLMAN, 1991).

Um impasse instaurou-se em diversos países, principalmente no Brasil. De um lado, um parto medicalizado e instrumentalizado de forma a “facilitar” o trabalho das instituições de saúde, garantindo maior controle sobre um evento que antes de sua medicalização era totalmente incontrolável, que ocorria de forma intuitiva e de acordo com sua natureza biológica. Por outro lado, apesar dos esforços, nem sempre o parto se tornava um evento mais seguro para a díade mãe-bebê, mesmo com a utilização da tecnologia existente. O movimento de Humanização do Parto, foi se desenvolvendo com vistas a buscar o retorno do parto ao seu evento biopsicossocial que havia se perdido ao longo da captura do parto pela medicina e pelas instituições de saúde, no entanto sem abrir mão do avanço da ciência obstétrica e da MBE. E assim surgiu a necessidade de uma mudança institucional do modelo até então

priorizado, e a adoção de um modelo humanizado surgiu como alternativa aos vieses do modelo tecnocrata.

No Brasil, o Ministério da Saúde passou a adotar políticas referente à Humanização do parto e ao atendimento à gestante e à parturiente a partir dos anos 80. A OMS passou a alertar os países membros no sentido de adotar as estratégias de humanização, classificando quais eram as práticas benéficas na condução do parto normal, categorizando-as de acordo com o bem-estar e conforto da parturiente. Essas estratégias passaram a evidenciar quais práticas deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz e quais deveriam ser estimuladas em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente. De acordo com o que elabora o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 38) sobre a Assistência Humanizada à Mulher, o conceito de humanização da assistência ao parto refere ser um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Políticas públicas de Estado se fazem com o papel de exercer sobretudo o seu papel normatizador e regulador, e por meio delas o Ministério da Saúde buscou implantar um conjunto de ações através de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica, destacando a Portaria Nº 9, de 05 de julho de 2000, que aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. E a normatiza a adesão dos municípios ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, conforme estabelecem as Portarias Nº 569 e Nº 570, ambas de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde e institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde, respectivamente.

3.2A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

O porquê de humanizar uma prática realizada ente humanos é fonte de muitos questionamentos etimológicos. Mas a necessidade de uso do termo “humanizar” veio da objetificação do indivíduo, consequente das linhas produtivas no qual ele se encontra como objeto parte do processo (LADEIRA & BORGES, 2022). O movimento da Humanização do Parto pelo mundo teve início pelos anos 30, quando debates sobre a excessiva medicalização do parto passou a acontecer no campo médico e ganhou força a partir das propostas defendidas pelo obstetra francês Frederick Leboyer nos anos 70 e com seus sucessores, até mesmo com a participação de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (TORNQUIST, 2004). Conforme cita Tornquist (2004, p. 10), o movimento pela humanização do parto é visto como um desdobramento do parto sem dor, vanguarda obstétrica que veio da Europa nos anos 50, quando Leboyer (1989) traz uma nova perspectiva de atenção ao parto e ao recém-nascido, com protagonismo ao binômio e sua fisiologia, a despeito das práticas e técnicas invasivas que estavam em alta.

No entanto, para entender sobre chegada das práticas de humanização no Brasil, é necessário lembrar que antes da existência do Serviço Único de Saúde (SUS), e do estabelecimento do Ministério da Saúde como ministério próprio, a Saúde era ligada ao setor previdenciário, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde nos cuidados com a saúde tinha como objetivo o reestabelecimento da saúde do trabalhador para o retorno às atividades laborais, de maneira previdenciária redistributiva. O INPS, que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi fundado em 21 de novembro de 1966, pelo Decreto nº 72, como resultado da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões do setor privado então existentes, de tal forma que não havia o caráter universal, característico do Sistema Único de Saúde (SUS) e restringia a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, como explica Souza (2003):

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal que passa a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a

assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente (SOUZA, 2003, p. 12).

O Brasil teve seu primeiro programa de políticas públicas voltado para as questões da maternidade e da infância instituído durante o Estado Novo (1930 a 1945). Em 1940, o então presidente Getúlio Vargas assina o Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro que orienta a comunidade acadêmica e médica, entre demais atribuições, a realizar estudos e inquéritos, divulgar seus resultados, estimular a produção científica, fiscalizar as atividades do estado assim como a organização municipal e estadual com vistas à proteção da maternidade (BRASIL, 2011, p. 10 e 11). Com a inauguração do Ministério da Saúde em 1953, novas ações foram incorporadas às políticas materno-infantis, como por exemplo, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade¹ e da mortalidade² da mulher e da criança que foi instituído em 1975 e seus subprogramas que contemplavam as questões relacionadas à assistência materna (BRASIL, 2011, p. 12).

Em 1983, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foram estimuladas e demarcadas ações de assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; e a promoção ao parto normal (BRASIL, 2011, p. 13). Mas só em 1988 que o caráter de universalidade do direito à saúde foi inaugurado como um grande marco, alcançado no Movimento de Reforma Sanitária, definido pela Constituição Federal, pelo art. 196 como “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, contemplando a formação do Sistema Único de Saúde (SUS) gerenciada pelo Ministério da Saúde, constituindo “um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população”

¹ O conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população.

² Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença.

(SOUZA, 2003, p. 16) e aos poucos melhorias no atendimento obstétrico foram sendo buscadas.

A partir de 2000, no Brasil, o Ministério da Saúde passou a adotar políticas referente à Humanização do parto e ao atendimento à gestante e à parturiente. A OMS passou a alertar os países membros no sentido de adotar as estratégias de humanização, classificando quais práticas eram benéficas na condução do parto normal, categorizando-as de acordo com o bem-estar e conforto da parturiente, e ainda evidenciando quais práticas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz e quais práticas deveriam ser estimuladas em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente. De acordo com o que elabora o Ministério da Saúde (2001, p. 38) sobre a Assistência Humanizada à Mulher, o conceito de humanização da assistência ao parto refere ser um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Políticas públicas de Estado se fazem com o papel de exercer sobretudo o seu papel normatizador e regulador, e por meio delas o Ministério da Saúde buscou implantar um conjunto de ações através de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica.

No Brasil, as repercussões mundiais começaram a surgir a partir da década de 80, principalmente com a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, que aconteceu em 1985 na cidade de Fortaleza. Nessa conferência a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma série de recomendações com vistas a estimular uma assistência de parto e cuidados pós-parto segura e adequada. A OMS identificou que a melhoria da qualidade do atendimento na época do nascimento, especialmente nos países de baixa e média renda é a estratégia de maior impacto para a redução de natimortos, mortes maternas e neonatais, comparada às estratégias de atenção pré e pós-parto. As mulheres passaram a ser encorajadas a dar à luz em instituições hospitalares alegando uma melhor assistência e redução de complicações, no entanto, nem sempre essa assistência se mostra adequada.

Para a OMS (2018, p. 8), o modelo internacionalmente predominante de assistência intraparto que ainda se fundamenta no modelo tecnicista e

intervencionista permite que profissional de saúde controle o processo de parto, expondo gestantes aparentemente saudáveis a intervenções médicas desnecessárias que interferem no processo fisiológico do parto.

Quadro 3: Práticas recomendadas e não recomendadas, de acordo com o modelo de cuidados intraparto da OMS (2018). (Considerando mães e fetos/recém-natos saudáveis)

Cuidados recomendados para todo processo de nascimento	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de maternidade respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus-tratos e possibilitando apoio à escolha informada). • Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes. • Garantia do acompanhante no TP e parto. 	
Cuidados no primeiro estágio do Trabalho de Parto (TP)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Usar as definições para os estágios de TP: primeiro estágio: latente (colo até 5cm) e ativo (colo >5cm). • A duração normal para o primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12hrs em núlparas e 10hrs em múltiparas). • Controle intermitente do BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 min. • Toque vaginal a cada quatro horas. • São opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opióides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas. • Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, pelas gestantes com baixo risco de necessitar de uma anestesia geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o critério da evolução da dilatação cervical inferior a 1cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções (aumento da ocitocina ou indicar a cesariana). Também não são recomendadas intervenções de rotina na fase latente. • Realizar a pelvimetria clínica ou cardiotocografia de rotina na admissão e/ou contínuo durante o trabalho de parto para gestações saudáveis com trabalho de parto espontâneo. • Tricotomia e enemas. • Embrocação vaginal de rotina com antissépticos. • Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina). • Ocitocina de rotina quando realizado analgesia de parto.

<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a movimentação e uma posição vertical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no trabalho de parto.
Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas horas em multíparas e três horas em nulíparas. • A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais. • Devemos orientar a paciente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso. • Recomenda-se técnicas para reduzir o trauma perineal, como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos. • Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 5 min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso rotineiro ou liberal de episiotomia. • Pressão manual do fundo do útero.
Cuidados no terceiro estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Administração em todas as pacientes de ocitocina (10 UI, IM/IV). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina/metilergometrina ou misoprostol). • Tração controlada do cordão. • Retardar o clameamento do cordão, se não houver contraindicação (por pelo menos 1min). 	<ul style="list-style-type: none"> • Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.
Cuidados com o recém-nascido (RN)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Contato pele a pele do RN com a sua mãe durante a primeira hora após o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração em boca e nariz do RN se o líquido amniótico for claro e respiração espontânea.

<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar). • Todos os RN devem receber 1mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento. • O banho deve ser adiado por até 24 horas após o nascimento. • Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo. 	
Cuidados no puerpério	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24 horas. • Após um parto vaginal sem complicações, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24 horas após o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.

Fonte: Febrasgo (2018).

Os estudos, pesquisas, experimentos e conseqüentemente, dados estatísticos no que se refere à Assistência obstétrica foram surgindo e se intensificando ao longo do tempo, de tal maneira que as novas diretrizes de assistência pré-natal, ao parto e puerperal passam a ter respaldo científico. Assim, as diretrizes e regulamentações (Quadro 3) que atendem ao modelo de humanização não se distanciam da cientificidade e encontram fundamentação na medicina baseada em evidências (MBE).

3.3A REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E DO NASCIMENTO E SEUS EMPREENDEDORES INSTITUCIONAIS

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) trata-se de uma organização da sociedade civil que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil e tem como objetivo principal a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas (REHUNA, s.d.). É uma organização de sociedade civil fundada por profissionais que atuam na assistência à gestação, parto e nascimento desde 1993:

Esta rede desempenhou um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização da assistência ao parto e nascimento”, que pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez-parto-nascimento-amamentação baseado na compreensão do processo natural e fisiológico, com base em evidências científicas (RATTNER *et al.*, 2010, p. 215).

A primeira reunião ocorreu em Campinas, entre os dias 13 e 17 de outubro de 1993, reunindo profissionais que atuam no campo da assistência obstétrica no Brasil com o intuito de compartilhar um conjunto de indignações sobre as práticas da atual situação do nascimento em suas experiências de trabalho (RATTNER *et al.*, 2010), como demonstrado no Quadro 4 através de uma linha do tempo que descreve as principais ações e conquistas da ReHuNa, a partir de 1993 até o ano de 2019. Em 1993, através do documento denominado Carta de Campinas (Anexo A), problemas evidenciados por profissionais da assistência ao parto e nascimento foram expostos demonstrando a indignação e não concordância desses profissionais com as práticas de rotina, que vão desde a violência obstétrica observada até a quantidade de cesáreas praticadas no Brasil:

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento

do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade (CARTA DE CAMPINAS, 1993).

Neste contexto, seus autores elaboraram nesta Carta uma série de sugestões de políticas públicas que sugeriam mudanças na forma da atenção às questões do nascimento relacionados à prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades:

- Mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- Resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;
- Revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
- Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (CARTA DE CAMPINAS, 1993).

Rattner *et al.* (2015) ainda citam que apesar da fundação da Rede ter ocorrido em 1993, seu início se deu bem antes, com seus pioneiros agindo através do seu campo de atuação e de suas práticas:

Buscando uma forma mais satisfatória de atendimento, encontrando condições de pesquisar em livros, artigos publicados e na própria realidade novos caminhos para poder oferecer às mulheres e aos bebês que chegam uma possibilidade mais respeitosa de atenção (Rattner *et al.*, 1995, p. 217).

Dentre seus pioneiros figuram profissionais da assistência ao parto e nascimento como Cláudio Paciornik e seu pai, Moisés Paciornik, e ainda

coordenadores e líderes de instituições como a Maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, o Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho em Realengo, o Hospital Sofia Feldman:

O Hospital Sofia Feldman, hoje em dia referência nacional sobre humanização para o Plano de Redução da Mortalidade Infantil e Materna na Amazonia Legal e Nordeste do Ministério da Saúde. [...] O Hospital Sofia Feldman pode ser considerado um laboratório de criação de práticas humanizadas, a exemplo dos programas de doulas comunitárias voluntárias, a unidade neonatal pré-alta, a Casa de Sofias e outras.” (Rattner *et al.*, 1995, p. 217-18)

No âmbito das micropolíticas, outros agentes passaram a atuar através de grupos de formação de doulas comunitárias, grupos de estudos como o GENP (Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto), encontro de ativistas de forma presencial e on-line, que foram se multiplicando nas redes e por todo o Brasil através de um campo de atuação rizomático, possibilitando que a inquietação que deu início a Carta de Campinas pudesse ganhar força através de inúmeros profissionais, ativistas e da sociedade civil que vê nas práticas atuais da assistência uma necessidade de melhoria e individualização do atendimento e ainda a luta contra práticas violentas comumente existentes como procedimentos invasivos e desnecessários e também pela violência obstétrica praticada e evidenciada até os dias de hoje (LANSKY, *et al.*, 2019). O termo violência obstétrica é definido pelo Ministério da Saúde como

aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas... Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo (BRASIL, 2008, para. 3).

O Quadro 4, a seguir, mostra uma linha do tempo que discorre sobre a atuação da ReHuNa dentro do campo da assistência obstétrica, ao longo dos anos de 1993 até 2019. A linha do tempo situa algumas das principais práticas

exercidas institucionalmente e quais principais respostas ambientais resultaram da reverberação de tais práticas.

Quadro 4 – Linha do tempo da REHUNA

<p>1993</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação da ReHuNa Reunião de pessoas descontentes com a situação da assistência ao processo reprodutivo gerou um profundo sentimento de comunhão, que resultou em vínculos pessoais e na Carta de Campinas – Ato de fundação da ReHuNa.
<p>1994</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SMS-RJ implanta a Maternidade Leila Diniz – RJ 3º Encontro de Gestação e Parto Natural Conscientes (a partir de então, passaram a ser anuais, oportunidade de encontro de ativistas). Comentário de uma das fundadoras: A situa�o não vai mudar nunca. “Médicos realizam cesarianas, isto é conveniente e prático para eles. Eles não querem mudar essa realidade. As enfermeiras obstétricas estão acomodadas em suas atividades administrativas e não desejam cuidar de partos e nascimentos. As mulheres não são informadas, elas são levadas para uma cesariana como gado para o abate. O governo não tem qualquer preocupa�o com este problema. Ninguém está preocupado com a questão da qualidade do cuidado. A situa�o nunca vai mudar.”
<p>1995</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O início do ativismo: Aprendendo com as experiências do IBFAN-Brasil. Cria�o de um boletim bianual denominado: “Notas sobre Nascimentos e Partos”, com artigos baseados em evidências científicas, distribuído para aproximadamente 500 pessoas.
<p>1996</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo. Tema “Resgatando a qualidade na assistência a Nascimentos e Partos”, o Seminário contou com estudiosos e profissionais que são referências internacionais no tema tais como Gérard Br�art – INSERM – França e Eldine Oosterberg da Holanda. • Em novembro a SMS-RJ reproduz o Seminário no Rio de Janeiro.

	<p>RESULTADOS: Na semana seguinte, o documento final resultante do evento foi lido em uma sessão da Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, defendendo a mudança no modelo de atenção.</p>
1997	<p>Questões norteadoras</p> <ol style="list-style-type: none"> O que é a humanização da assistência ao parto? Quais iniciativas para a humanização dos serviços são imediatamente possíveis? Como podemos introduzir a questão da humanização no ensino profissional? Como podemos introduzir a questão da humanização na mídia? <p>Como podemos dar um salto de qualidade para a humanização?</p> <ul style="list-style-type: none"> GENP, em abril: Workshop: Humanizando Nascimentos e Partos, apoiado pela OPAS/OMS, no Instituto de Saúde (SP).
1997	<ul style="list-style-type: none"> SES-CE, em outubro Workshop com a finalidade de elaborar uma proposta de modelo estrutural físico à luz da humanização, para maternidades. Evento apoiado pela JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) (Fortaleza) <p>RESULTADO: Elaboração de documento sobre como a organização do espaço físico pode favorecer o cuidado humanizado (precursor da RDC nº 36/2008). Publicado pela JICA, com participação da arquiteta Regina Barcellos, da Anvisa.</p>
1997 – 1998	<ul style="list-style-type: none"> V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva/ V Congresso de Saúde Pública de São Paulo (Águas de Lindoia) / IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia (Rio de Janeiro) Petições endossadas pela Abrasco, encaminhadas ao Ministério da Saúde: 1997 – Por uma Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento 1998 – Por uma política de educação profissional em assistência humanizada ao parto e nascimento <p>RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Em 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

	<p>•Em 1999 o Ministério da Saúde lançou cursos para especialização em Enfermagem Obstétrica (havia enfermeira obstétrica no MS, Janine Schirmer, que os alavancou).</p>
1998	<ul style="list-style-type: none"> • GENP - Seminários mensais em São Paulo • Primeiro Centro de Parto Normal Público em São Paulo (Casa de Parto de Sapopemba. • Amparo Maternal, SP, mudou o modelo de atenção, introduzindo Enfermeiras Obstétricas. • Resolução da SMS do Rio de Janeiro torna obrigatório o acolhimento ao acompanhante de escolha de mulher em hospitais do município <p>Ministério da Saúde</p> <p>1998 – Portaria nº 2815, instituindo o pagamento para analgesia de parto e para a assistência de enfermeiras obstétricas no parto e nascimento.</p> <p>1998 – Portaria nº 2816 – Limites para as taxas de cesarianas nos hospitais.</p>
1999	<ul style="list-style-type: none"> • GENP - Seminários mensais em São Paulo GENP: II Seminário de Assistência ao Parto e Nascimento do estado de São Paulo: A vitrine da Humanização em São Paulo. • 1999 - Lançamento da campanha pelo acompanhante de escolha da mulher, Lei 10.241, com Deputado Roberto Gouveia <p>Ministério da Saúde</p> <p>1998/1999 – Prêmio Galba de Araújo: Reconhecimento do Ministério da Saúde às unidades de saúde integradas ao SUS que desenvolvem a humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido.</p> <p>1999 – Portaria nº 985, que institui os Centros de Parto Normal no SUS</p>
2000	<ul style="list-style-type: none"> • I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento – Fortaleza/CE, em parceria com a JICA. <p>Ministério da Saúde</p> <p>Portarias nº 569, 570, 571 e 572, instituindo o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento – PHPN.</p> <p>Portaria nº 466, instituindo o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea.</p>
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Oficialização da ReHuNa como ONG
2002	<ul style="list-style-type: none"> • I Congresso de Ecologia do Parto – Rio de Janeiro

	<p>Ministério da Saúde Seminário: Cesariana – Avaliação e Propostas de Ação, em parceria com CEMICAMP/Unicamp.</p>
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Manifesto em defesa da Casa de Parto de Realengo. • II Congresso de Ecologia do Parto e Nascimento (RJ) • Lançamento do livro “Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto” Enkin & cols. uma Parceria entre a ReHuNa e a JICA. <p>Ministério da Saúde 8 de março: Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Seminários sobre obstetrícia humanizada e baseada em evidências e cuidados neonatais (de 2004 a 2006).</p>
2005	<p>Abril: Lei 11.108 – Lei do Acompanhante. Proposta da ReHuNa em parceria com o Senador Ideli Salvatti. Maio: Congresso de Ecologia do Parto e Nascimento no México Dezembro: II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento – Rio de Janeiro/RJ</p> <p>Ministério da Saúde 2005 – Campanha pelo acompanhante de escolha da mulher. 2005 – dezembro: Decreto nº 2418 – Regulamenta a Lei do Acompanhante.</p>
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento da “Parto do Princípio” – Rede de Mulheres por uma Maternidade Ativa
2007 - 2009	<ul style="list-style-type: none"> • 2007 – Mobilização para impedir o fechamento da Casa de Parto da Universidade Federal de Juiz de Fora – MG • 2008/ 2009 – Fundação da International MotherBaby Childbirth Organization <p>Ministério da Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2008 – ANS - Campanha pelo parto normal e redução de cesarianas na Saúde Suplementar • 2008 – RDC nº36 da Anvisa – Regulamento Técnico para estruturas de serviços obstétricos e neonatais. • 2009 – Programa de Qualificação das Maternidades.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • III Conferência Internacional sobre Humanização do parto e Nascimento <p>Principais Tópicos: Violência institucional na atenção obstétrica</p>

	<p>Interculturalidade. Legislação sobre Humanização na América Latina e Caribe.</p>
2011	<ul style="list-style-type: none"> • I Seminário sobre Humanização do Parto e Nascimento - Projeto: Doulas no SUS Ministério da Saúde 8 de março: lança a Rede Cegonha – com a proposta de implantar 250 Centros de Parto Normal, formação e atualização enfermeiras obstétricas, com Comitê de Especialistas, de Mobilização Social e para Campanha do Parto Normal (ReHuNa participa de todos esses Comitês).
2012	<ul style="list-style-type: none"> • 8 de março – Ministério da Saúde presta homenagem à ReHuNa • I Workshop sobre Tecnologias Leves na Assistência a Partos e Nascimentos (Acompanhante, Doulas, Ambiência) • I Encontro de Parteria Urbana (Sorocaba) • Programa Fantástico (Rede Globo): <ul style="list-style-type: none"> - Parto em casa no YouTube, mais de 2.5 milhões de visualizações. - Reação das mulheres - Reação do Cremerj - Resoluções nº 265 e nº 266 - Reação do Coren-RJ
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Workshop sobre Tecnologias Leves na Assistência a Partos e Nascimentos: Acompanhante, Doulas, ambiência, nas Regiões Norte, Sul e no DF, parceria com o MS • Cursos de Doulas comunitários • Lançamento do filme Renascimento do Parto • Criação da ONG Ártemis, que defende mulheres da violência obstétrica e capacita advogadas.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Cesariana forçada em Torres/RS – Reação do Movimento Social de Humanização do Parto e Nascimento1 • Seminário: Faces da violência contra mulheres – Câmara Federal • ReHuNa homenageada na Câmara Legislativa do Distrito Federal • Evento do Ministério Público DFT : Mortes maternas evitáveis e violência obstétrica

	<ul style="list-style-type: none"> • Projetos de Lei dos Deputados: Jean Wyllys (federal) e Wasny de Roure (DF)
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Senado: Violência Obstétrica • Câmara Federal dos Deputados – Comissão de Ensino • Assembleia Legislativa de Santa Catarina • Defensoria Pública DFT – Violência Obstétrica • Lei nº 5534/2015 / DF: Estatuto do Parto Humanizado • ANS lança programa “Parto Adequado” em parceria com Hospital Albert Einstein e Institute for Health Improvement por iniciativa da Parto do Princípio no Ministério Público Federal • ReHuNa integra Comitê Consultivo da iniciativa internacional – Uma promessa renovada para as Américas(proposto por OPAS / UNICEF / UNFPA/ JHPIEGO, dentre outras) • ReHuNa apresentou na Reunião Internacional do Consenso Estratégico para reduzir a Mortalidade Materna na América Latina e no Caribe(Panamá)
2016	<ul style="list-style-type: none"> • IV Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. • Aproximação com a FEBRASGO e a FIGO. • Evento na Assembleia Legislativa de Santa Catarina Ministério da Saúde Publicação das diretrizes de Cesariana
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Janeiro– Lei nº 17.097 – Estado de Santa Catarina – Violência Obstétrica • Abril– Campanha de Mídia, ReHuNa como parceira do Unicef: ‘Quem espera, espera’, visando reduzir a prematuridade. • Maió – ReHuNa denuncia Violência Obstétrica na Comissão de Direitos Humanos da OEA • Outubro – Reunião Internacional Trinidad e Tobago (OPAS, UNICEF, UNFPA, Jhpiego, dentre outros) • Novembro: Participação no Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO Ministério da Saúde: Fevereiro: Publicação das Diretrizes para Parto Normal Agosto: Lançamento do programa Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e no Ensino de Obstetrícia e

	<p>Neonatologia), visando mudanças no modelo de assistência obstétrica em 97 Hospitais Escolas.</p> <p>Dezembro 2017: Michel Odent recebe o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Brasília</p>
2018	<p>Ministério da Saúde</p> <p>Março: Programa Parto Cuidadoso, controle de cesáreas e meta para ODS, 2030, 30 óbitos/ 100 mil NV</p> <p>Junho: Lei nº 6.144/DF – Violência Obstétrica (depois MG e PE)</p> <p>Junho: Colaboração com Ministério Público do Trabalho</p> <p>Junho e Novembro: Eventos no Ministério Público do DFT</p> <p>Outubro: Participação no XXII Congresso Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (da FIGO), sendo que duas mesas redondas internacionais foram propostas pela ReHuNa.</p>
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Fevereiro: Cremerj propõe Res. nº 293 que proíbe médicos de aceitar Plano de Parto. • Ação da ReHuNa: Mandado de segurança. Parceria com movimento social, denúncia no MPF • Abril: Janaína Paschoal propõe PL nº 435 na ALESP. Regime de urgência. Apoio do Cremesp e CFM. • Ação da ReHuNa: Articulação com entidades e políticos. Tenta barrar regime de urgência. Participa em audiência pública na Alesp 19/06. <p>Ministério da Saúde</p> <p>Maio: condenação da expressão “violência obstétrica” em despacho.</p> <p>Parecer Técnico nº 1. Consegue Parecer Jurídico da Nascer Direito.</p> <p>Ação da ReHuNa: Audiência pública na Câm. Federal em 02/07</p> <p>Junho: PLs de cesárea: Câmara Federal, Senado, 15 estados e DF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ação da ReHuNa: Participa em audiência pública em 03/09. Articula reação em BA, RO, RJ • Agosto: Movimento de SC faz crowdfunding para Casa de Parto. • Ação da ReHuNa: Cremesc publica Res. 193. • ReHuNa apoia crowdfunding e Articulação com MPF em SC.

Fonte: ReHuNa (s.d.). Disponível em: <https://ReHuNa.org.br/linha-do-tempo/>

É importante evidenciar pela linha do tempo traçada (Quadro 4) que aos poucos as ações realizadas pela ReHuNa foram produzindo resultados políticos, normativos e regulatórios, principalmente advindos do Ministério da Saúde. Além das ações citadas na linha do tempo, a ReHuNa foi responsável pela elaboração de quatro filmes que obtiveram apoio da UNICEF e são utilizados em todas as capacitações oficiais do Ministério da Saúde sobre atenção e cuidado na gestação e parto: 1. A vida pede passagem; 2. De volta às raízes; 3. Um dia de vida e; 4. Proximidade e cuidado.

Assim como suas atividades passaram a ser referência para o Ministério da Saúde na elaboração de políticas públicas, treinamentos e capacitações, diretrizes entre outras (re)ações no âmbito político e regulatório. Observa-se que o Ministério da Saúde (vide Quadro 4) passa a co-atuar com a ReHuNa nas questões relativas aos cuidados da gestão, parto e nascimento a partir de 1993, aumentando sua atuação na humanização de forma gradativa ao longo dos anos. No entanto, a partir de 2019 é evidenciado uma disrupção, por atuação política, na evolução da atenção à humanização da gestação, parto e nascimento, não somente à partir da condenação do uso do termo “violência obstétrica” a partir do Ministério da Saúde, mas ainda na arena política a partir de uma série de articulações político/normativos que se opõem ao fortalecimento da humanização do parto e nascimento no Brasil.

4. APORTE TEÓRICO DO ESTUDO

A Teoria Institucional é uma via de conhecimento importante e precursora inúmeros conceitos e estudos que buscam compreender de que forma as organizações se estruturam na sociedade. Para Scott (2005), ela atende à aspectos profundos e resilientes da estrutura organizacional pois “considera os processos pelos quais as estruturas, incluindo esquemas, regras, normas e rotinas, se estabelecem como autoridades diretrizes para o

comportamento social” (SCOTT, 2005 p. 2). Embora um dos aspectos principais da teoria institucional se posicione diante da sua atuação através da estabilidade e da ordem e até mesmo o conjunto de regras e pressões coercitivas ou normativas responsáveis pelo mimetismo em organizações que atuam em um campo próximo (DIMAGGIO & POWELL, 1983), a compreensão das instituições no campo social é fundamentalmente importante para que o entendimento sobre rupturas, mudanças e empreendedorismo intra e entre instituições possa emergir como campo de conhecimento. Como definição de instituições Friedland e Alford (1991) apontam para uma estrutura onde

tanto padrões supra organizacionais de atividade através dos quais os indivíduos organizam sua vida no tempo e no espaço, quanto sistemas simbólicos através dos quais eles categorizam essa atividade e a infundem com significado (FRIEDLAND & ALFORD, 1991, p. 232).

Nesta pesquisa trabalhamos com o conceito de campo institucional, que foi definido inicialmente por DiMaggio e Powell (1983) como uma arena socialmente construída dentro da qual diversas organizações atuam de maneira interdependente realizando funções especializadas e sofrem as pressões institucionais. Scott (2005) pontua ainda que este “campo institucional” como conceito foi criado a partir de influências de Bourdieu (1977) pela noção de “campo social” e de Scott e Meyer (1983), pelo conceito de “setor social”. O campo institucional abordado neste estudo trata-se do campo da assistência obstétrica no Brasil, onde diversas organizações atuam de forma interdependente na assistência à gestação, parto e nascimento. No entanto, como já foi evidenciado, neste campo uma lógica institucional se mantém dominante, como a lógica tecnocrática (vide Quadro 2) porém com a emergência de uma nova lógica Humanista/Holística, representada pelo movimento de Humanização da Assistência ao Parto e nascimento no Brasil e como objeto mais especificamente, a REHUNA.

4.1 A TEORIA INSTITUCIONAL COMO PRECURSORA DO COMPORTAMENTOS DE MUDANÇA INSTITUCIONAL

Existe uma crença de que a mudança social se dá, via de regra, através da imposição legal (CRUBELLATE & VASCONCELOS, 2007, p. 1), pois a teoria institucional se formalizou por meio da ideia de que mecanismos causais impulsionam a mudança institucional de acordo com entendimentos pré-conscientes (já organizados pela estrutura de instituição), os quais os atores institucionais compartilham, independente de seus interesses, representando assim uma significativa exceção diante das teorias e abordagens organizacionais que em sua grande maioria consideram os interesses pessoais dos agentes como um grande impulsor de mudanças institucionais (DIMAGGIO, 1988, p. 3-4). Apesar da capacidade que as instituições têm de estruturar e organizar comportamentos individuais de acordo com o conjunto de regras e comportamentos esperados institucionalmente, Scott (2005) pontua que mesmo que os atores sejam construídos institucionalmente, “é essencial afirmar seu (variável) potencial para reconstruir as regras, normas e crenças que orientam – mas não determinam – suas ações” (SCOTT, 2005, p. 12).

O institucionalismo histórico, traz a noção de trajeto, que se trata de respostas estruturadas diante da necessidade de mudança, porém carregadas de políticas herdadas, que induzem o comportamento dos agentes a respostas orientadas à interesses institucionais já conhecidos. Neste aspecto, Hall e Taylor (2003) apontam para a criação de “novos trajetos” em respostas à conflitos ambientais, quando “mudanças institucionais importantes se produzem, criando desse modo ‘bifurcações’ que conduzem o desenvolvimento de um novo trajeto” (HALL & TAYLOR, 2003, p. 201).

Lawrence (2008) ainda expõe, dentro do caráter de mudança institucional, a relação entre o poder e as instituições, e diante disso, afirma que as instituições têm três dimensões – controle, agência e resistência institucionais – que descrevem sobre como as instituições e os atores se relacionam em termos de relações de poder no caso de mudanças institucionais:

O controle institucional que envolve os efeitos das instituições nas crenças e no comportamento dos atores; a agência institucional que descreve o trabalho dos atores para criar, transformar e romper as instituições; e, a resistência institucional que representa as tentativas dos atores de impor limites ao controle institucional e à agência institucional (LAWRENCE, 2008, p. 171).

Scott (1995) questionou quais as motivações que levam atores – individuais ou coletivos – a realizarem o cumprimento de regras e prescrições: por recompensas, crenças morais ou por simplesmente acharem que é a forma certa de agir. A este conjunto de diferenças, o autor denomina a esta abordagem estrutural de pilares: regulativo, normativo e cultural-cognitivo. Para Scott (2005), esses pilares atuam como uma estrutura de diversos elementos que atuam a partir de bases, lógicas e mecanismos variados que juntos conferem legitimidade a partir de elementos dominantes. E apesar de existirem diversas abordagens estruturantes acerca de instituições, manteremos como os três pilares de Scott (2005), como consta no Quadro 5 como principal maneira de entender maneiras possíveis de atuações no campo institucional:

Instituições são compostas de diversos elementos culturais-cognitivos, normativos e reguladores que, juntamente com atividades e recursos associados, fornecem estabilidade e significado à vida social (SCOTT, 2005, p. 8-9).

Quadro 5 – Três pilares institucionais.

	Regulativo	Normativo	Cultural-Cognitivo
Base de submissão	Conveniência	Obrigação social	“taken-for-grantedness” Garantias Entendimento compartilhado
Base de ordem	Regras	Expectativas obrigatórias	Esquemas constitutivos
Mecanismos	Coercitivo	Normativo	Mimético
Lógica	Instrumental	Apropriação	Ortodoxia

Indicadores	Regras Leis Sanções	Certificação Acreditação	Crenças comuns Lógicas compartilhadas da ação
Emoções	Medo/Culpa Inocência	Vergonha Honra	Certeza Confusão
Base de legitimidade	Legalmente sancionada	Moralmente governada	Compreensível Reconhecível Culturalmente suportada

Fonte: SCOTT, 2013, p. 60 (tradução própria).

De maneira resumida, é possível observar de acordo com Scott (2008, p. 222):

- o pilar regulador, que enfatiza as atividades de definição de regras, monitoramento e sanção, tanto formais quanto informais;
- o pilar normativo, que introduz uma dimensão prescritiva, avaliativa e obrigatória na vida social, enfatizando o comportamento 'apropriado' - dadas as demandas da situação e o papel do ator dentro dela - vs comportamento 'instrumental', em que a atenção é focada na preferência do ator e na busca do interesse próprio; e
- o pilar cultural-cognitivo, que enfatiza a centralidade dos sistemas simbólicos: o uso de esquemas comuns, molduras e outras representações simbólicas compartilhadas que orientam o comportamento.

Como elementos reguladores no caso das mudanças institucionais do parto, atribuições legais fizeram-se necessárias como tentativas de superar as dificuldades existentes, principalmente, a de levar as mulheres para as clínicas/maternidades (BRENES, 1991, p. 146-147). Em 1863, registrou-se a apelação para o apoio do governo no que concerne aos processos de internação, controle e cadastramento das clínicas existentes no Império foi utilizada, fazendo-se que

Sob a força da lei, dever-se-á obrigar a toda ou qualquer mulher, rica ou pobre que tiver parido a levar ou mandar levar o recém-nascido à apresentação em casa do subdelegado do distrito” (GUIMARÃES, 1863 *apud* BRENES, 1991, p. 147).

Esses pilares atuam como forças ambientais de restringem, limitam e até mesmo possibilitam o desenvolvimento institucional, seja na manutenção do seu status quo seja em grandes linhas de mudanças. E ainda de maneira muito individual, não existe um padrão e sim, as circunstâncias que delimitam quais elementos atuam de forma mais ou menos acirrada dentro do campo, assim como as respostas para cada um desses elementos. Scott (2005) mostra por exemplo que sistemas regulatórios, que dependem mais de controles externos – vigilância e sanção – são mais propensos a obter respostas estratégicas, enquanto os elementos normativos, que dependem mais de processos de internalização, são menos propensos a induzir dissociações, encenações ou resistência; e os elementos culturais-cognitivos, que se baseiam em crenças e suposições mais profundamente estabelecidas, as respostas estratégicas podem ser muitas e ilimitadas.

Scott (2008, p. 222) ainda reitera que, embora esses elementos institucionais — regras, normas, crenças – sejam principalmente de natureza simbólica, para serem de interesse, os mesmos devem impactar o comportamento social: eles devem ser refletidos em atividades, relações e recursos.

No campo da Assistência obstétrica, esses elementos estão presentes nos processos de institucionalização, desinstitucionalização e reinstitucionalização. Como exemplo dentro do contexto, Brenes (1991) cita que o nascimento da criança deve ser registrado, sob pena de responsabilização à violação da lei. Essa obrigação tinha o intuito de fazer com que as mulheres preferissem parir no hospital a fim de evitar tais incômodos legais, fica claro neste recorte a atuação regulatória do Estado. Contudo, a obrigação legal não era suficiente, como evidenciam registros históricos que mostram como os nascimentos domiciliares eram muito populares até o século XXI (DE MEDEIROS *et al*, 2018). O pilar cultural-cognitivo foi um dos

impeditivos mais importantes ao longo do tempo, pois tratava-se além de mudar a forma de nascer existente até então, e sobretudo tratava-se de expor o corpo feminino à uma arena essencialmente masculina.

A abordagem dos pilares regulatórios, normativos e cultural cognitivo (SCOTT, 2013) precisava ocorrer na sua extensão e em conjunto, para que pudesse ser possível a primeira grande mudança institucional do parto. Principalmente, sobre a contribuição cultural-cognitiva, foi necessária a mudança de toda uma estrutura de poder, que trabalhasse de forma conjunta com às investidas legais, normativas e culturais, e que foi essencialmente a mudança do poder-saber (FOUCAULT, 2006), atribuindo conhecimento da fisiologia e da natureza do parto à figura centralizadora de poder que era o médico. Pois ao permitir a criação de uma instituição detentora do saber científico do corpo feminino (a medicina), estratégias foram utilizadas para forjar à mulher a uma nova subjetividade:

O ponto de apoio deste discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi a sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão, fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam (BRENES, 1991, p. 145).

Diante do exposto, temos que um elemento-chave da mudança institucional foi a mudança das estruturas de poder que sustentavam a instituição de parto até então. De um evento pertencente às mulheres (biopsicossocial) a um evento, após a mudança, capturado pela medicina, de potencial patológico e sujeito à um processo padrão intervencionista.

4.2 MUDANÇA EM CAMPOS INSTITUCIONAIS

A teoria institucional não nega nem negligencia a participação dos interesses dos agentes quando o jogo está sendo decidido, no entanto o papel

dos interesses no desempenho organizacional não era o foco de análise da Teoria Institucional que previa instituições que não coordenavam somente as organizações ou qualquer modelo institucional, mas coordenavam também as práticas e atuações pessoais dos agentes, considerando a construção sócio institucional dos indivíduos.

A observação de que múltiplas lógicas institucionais existem e competem por atenção aponta para a importância de examinar as arenas institucionais ou contextos relacionais em que tais disputas se desenrolam. Como DiMaggio (1988, p. 5) resumiu, enquanto a ação é guiada por normas ou expectativas constitutivas (da sociedade, no caso), a variação nos interesses dos atores não terá um papel significativo para as mudanças institucionais, ou ainda, trabalha com “circunstâncias que fazem com que atores que reconhecem e tentam agir de acordo com seus interesses sejam incapazes de fazê-lo efetivamente” (DIMAGGIO, 1988, p.5). O que nos traz uma visão de autonomia e de vida própria da estrutura institucional como se ela atuasse como a “mão invisível”³ que coordena estruturas, práticas e atores, desconsiderando o papel da agência, dos interesses individuais, e da própria interpretação e reação de cada ator dentro do conjunto institucional, e assim a atuação responsiva individual.

Tina Dacin, Goodstein e Scott (2002) evidenciaram que essa diversidade das práticas e comportamentos que muitas vezes incitam a mudança institucional é derivada tanto de fontes exógenas quanto de percepções, interpretações e encenações de lógicas institucionais por atores que dão sentido e vida às instituições, e ainda de que é possível encontrar variações também no nível de institucionalização, em práticas que são exercidas de forma variada em contextos amplos ou de unidades organizacionais. Sinalizam, portanto, a singularidade e multiplicidade que a diversidade de nuances pode alcançar nas mudanças institucionais.

³ Alusão à expressão cunhada por Adam Smith em sua obra “A riqueza das nações” em 1776, a respeito da autorregulação do mercado a despeito da intervenção estatal”.

Assim levando-se em consideração a universalidade que a teoria institucional representa, onde seu próprio domínio ancora argumentos institucionais de maneira significativa no nível individual (DIMAGGIO, 1988, p.8), seus moldes tradicionais da teoria institucional alguns avanços teóricos são alcançados. O primeiro deles trata-se da premissa de que os agentes estão tão fundidos às instituições que são incapazes de questioná-las (ZUCKER, 1977 *apud* DIMAGGIO, 1988, p.6). E ainda de acordo com DiMaggio (1988, p. 6) mesmo quando ocorrem mudanças dentro do ambiente institucional, essas ainda são moldadas a partir de suas próprias leis, regras, estruturas ou práticas. Outro problema a ser investigado, é quando essa mudança institucional coloca em risco interesses institucionais já arraigados tanto no nível organizacional quanto no nível individual.

Quando utilizamos o pano de fundo do sistema obstétrico brasileiro, torna-se possível perceber não apenas estruturas institucionais conflitantes, mas, contudo, dois modelos de assistência que atuam, apesar das diferenças conceituais e práticas. Pertencentes ao mesmo meio institucional, o Modelo Tecnomédico conta com a figura centralizadora de poder no indivíduo médico, por exemplo, relação de poder na qual, o trabalho do movimento de humanização do parto coloca em risco dentro desta mesma estrutura, uma vez que, não parece possível um atendimento individualizado e personalizado, no molde tecnicista e mantenedor do poder-saber médico. Uma das formas de atendimento à humanização seria justamente a descentralização do poder que atua sobre o agente personificado na figura do médico, transportando a relação de poder ao protagonismo da gestante, detentora da natureza biológica do evento, e que tem como suporte, o compartilhamento de saberes de uma equipe multidisciplinar, que inclui o saber médico.

Para DiMaggio (1988, p. 9), embora o núcleo da teoria institucional rejeitasse a determinação causal do interesse e da agência, o autor previa a ocorrência de casos nos quais a teoria institucional não explica o comportamento causal, funcionando como pistas raramente exploradas quanto aos limites da explicação institucional para alusões à influência sobre organizações de atores e de comportamento interessado. A crítica sobre a desconsideração da agência humana não é recente. Gouldner (1954) e

DiMaggio e Powell (1983) por exemplo, já haviam criticado a forma excessiva de atribuir poder às instituições como se fosse uma “entidade descarnada” nas palavras de Gouldner (1954), capaz de agir por si mesma.

Mais de 60 anos depois, essa sensação ainda permanece tanto na teoria quanto na prática. DiMaggio (1988) atribui essa “encarnação” à própria retórica da teoria e ainda à criação e sustentação de mitos e rituais, que juntos ajudam a formar um ambiente institucional e “dar vida” ao mesmo, este que posteriormente atua possibilitando e restringindo, ao mesmo tempo, a própria ação humana.

DiMaggio (1988, p. 12) reconhece as lacunas na Teoria Institucional que se referem basicamente às divergências entre as mudanças que ocorrem no campo institucional com a mudança no ambiente institucional. Outro ponto importante que DiMaggio (1988) cita é perceber a instituição como um processo inacabado onde seria interessante o crescimento da teoria a ponto de explicar por que e como formas e práticas institucionalizadas caem em desuso. Dessa forma, a mudança institucional pode ser vista como resultado da luta de forças entre diferentes agentes com diferentes interesses. Ou ainda a visão de que a mudança institucional, resulta no produto dos esforços políticos dos atores para atingir seus objetivos e que o sucesso de um projeto de institucionalização, assim como a forma que a instituição resultante assume dependem do poder relativo dos atores que apoiam, que se opõem ou que se esforçam para influenciá-la. Mas ainda assim assumindo uma lógica estruturalista ou assumindo o poder de agência dos atores, mas sem desconsiderar que se trata de um comportamento resultante da imersão institucional (*embeddedness*), ou seja, o reconhecimento da estrutura institucional como um campo plasmático de órgão e organismos que funcionam em conjunto de forma recursiva e dependente:

o argumento de que o comportamento e as instituições a serem analisadas são tão limitados pelas relações sociais em andamento que interpretá-las como independentes é um grave mal-entendido (GRANOVETTER, 1985, p. 69).

O processo de mudança institucional, ocorre então quando

o sucesso de um processo de institucionalização cria novos conjuntos de atores legitimados que, no curso de interesses distintos, tendem a deslegitimar e desinstitucionalizar aspectos do processo de institucionalização (DIMAGGIO, 1988, p. 13).

A mudança institucional de DiMaggio (1988) traz um conceito de que a mudança ocorre a partir de um processo de desinstitucionalização e reinstitucionalização. E para que a perpetuação de um modelo institucional aconteça, são necessárias ações que visem à sobrevivência do mesmo, através da reprodução contínua dos significados, crenças, rituais, práticas, entre outros, mas que dependam da presença de interesses em elementos presentes no campo como agentes ou grupos de agentes. Quando esses interesses não estão presentes, a desinstitucionalização provavelmente ocorre (DIMAGGIO, 1988, p.13). Porém, dentro do campo das mudanças institucionais do parto, esse movimento não é evidenciado, uma vez que uma nova lógica institucional (parto humanizado) surge dentro de uma arena onde a antiga instituição ainda atua e predomina (parto tecnomédico), e ambos passam a coabitar o mesmo campo institucional, no entanto, com lógicas bem distintas.

Esse movimento pode dar espaço assim para o surgimento de uma nova plataforma institucional de forma paralela? Para responder à essa questão podemos propor que dentro da arena de mudanças institucionais existem lógicas que coabitam de forma paralela, e às vezes conflitantes entre si, mas que respondem adequadamente aos diversos interesses do campo, inclusive aos interesses de mercado.

É importante perceber o quanto a institucionalização é presente na vida em sociedade, atuando através de significados, crenças, rituais, práticas que dão sentido e significância aos atos, relações e práticas. Essa significância não deixa de ter potencial limitador, pois nomeamos, e por meio da linguagem, expectativas são representadas. A assistência ao parto predominante até hoje, tecnocrata e intervencionista foi estabelecida com a presença da ciência como representante de um poder detentor dos saberes sobre o corpo feminino, seus

processos e fisiologias. Ao redor deste modelo, práticas, rituais, processos e crenças foram criadas, e perpetuadas, limitando o que era possível ter em termos de assistência médica ao parto. Ao mesmo tempo, que tal estrutura limita, ela possibilita a sua própria existência estrutural, contudo também abre espaço para questionamentos, de formas diferentes de assistência e atuação.

A estrutura institucional ao mesmo tempo que atua como limitante, pode também ser possibilitadora, de si mesma e outras formas de existência. Assim, a instituição permaneceu por algum tempo como um limitador e possibilitador do comportamento humano, sendo um meio constituinte da ação humana. Porém no começo da década de 90, Oliver (1991) mostra como os agentes passam a ganhar poder para agir de maneira estratégica (ao contrário do *taken for granted*) possibilitando a mudança institucional a partir da ação de seus agentes.

Posteriormente, o campo das mudanças institucionais foi evocado novamente para mais estudos sobre o tema, e como resultados, Tina Dacin, Goodstein e Scott (2002) trouxeram luz às pressões funcionais (as pressões impulsionadas pelo desempenho), políticas (mudanças nos interesses e nas distribuições de poder subjacentes que apoiaram e legitimaram os arranjos institucionais existentes) e sociais (diferenciação de grupos, a existência de crenças e práticas heterogêneas divergentes ou discordantes e mudanças nas leis ou expectativas sociais que podem dificultar a continuação de uma prática) que estão associadas às mudanças institucionais, pois atuam como forças que promovem a desinstitucionalização. Processo coadjuvante à emergência de reinstitucionalizações, mudanças ou novas instituições, como no caso do empreendedorismo institucional.

A teoria institucional mostra como as práticas são negociadas entre os agentes, e se tornam hábitos, e como os hábitos são legitimados pelos agentes, já permeados pelo ambiente de forma a institucionalizar uma prática. O ponto de interesse da tese tende a manter um foco no momento da negociação entre os agentes, em que os paradigmas rompem com as práticas dominantes e renegociam a ponto de formular uma mudança institucional ou até mesmo o surgimento de uma nova lógica institucional que entra na arena, desafiando o conceito de *taken for granted*, mas utilizando o conceito de *embeddness* como

pressuposto, e daí que parte o problema de pesquisa: se os agentes são constituintes e constituídos do meio institucional, o que os motiva para a mudança institucional e para a mudança das lógicas institucionais? A resposta de Pache e Santos (2010) é que ao enfrentar modelos organizacionais concorrentes impostos por seu ambiente institucional, as organizações tentam encontrar um equilíbrio no nível organizacional adotando uma combinação de práticas intactas de ambas as lógicas. No entanto, no caso da assistência ao parto no Brasil, este momento de busca a um equilíbrio não se mostra evidente, mas sim, como duas lógicas que emergiram em contextos diferenciados, mas que ainda tem poucos elementos comuns. Sendo que o elemento que as diferencia seja provavelmente o mesmo ponto que as une, que é quando as práticas intervencionistas, e o modelo tecnomédico se torna necessário em uma experiência humanizada.

4.3 EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL – A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA A MUDANÇA INSTITUCIONAL

Criar novas instituições é caro e requer altos níveis de interesse e recursos. Novas instituições surgem quando atores organizados com recursos suficientes (empreendedores institucionais) veem uma oportunidade em beneficiar interesses que eles valorizam muito. A criação de novas formas organizacionais legítimas exige um projeto de institucionalização e para que isso aconteça, é necessário a participação ativa e influente de atores engajados na atividade de legitimação da nova organização institucional. A esses atores damos o nome de empreendedores institucionais:

“As reivindicações dos empreendedores institucionais são apoiadas por atores existentes ou recém-mobilizados que se beneficiam do sucesso do projeto de institucionalização. Os atores subsidiários conferem legitimidade à nova forma organizacional, fornecendo recursos que tornam suas contas públicas plausíveis. Recrutar ou criar um ambiente que possa representar suas reivindicações é a tarefa central que os empreendedores institucionais enfrentam na realização de um projeto de institucionalização bem-sucedido.” (DIMAGGIO, 1988, p.15).

À medida que as instituições subsidiárias, aquelas que estão sendo criadas pelos empreendedores institucionais ganham força e legitimidade, aos poucos elas vão se apropriando do campo e ganhando autonomia. Não se trata, portanto, apenas da criação, transformação e difusão de novas instituições. No âmbito do empreendedorismo institucional é necessário que as novas instituições tenham legitimidade, que Tina Dacin, Goodstein e Scott (2002) citam como condição para que outras alternativas sejam vistas como menos apropriadas, desejáveis ou viáveis. Quando essas instituições subsidiárias defendem atuações divergentes da instituição central podem motivar um processo de mudança institucional bem típico, como evidenciado no tópico anterior. De acordo com DiMaggio (1988, p. 16) mesmo quando a instituição subsidiária ganha legitimação e autonomia perante a instituição central, raramente a fusão ocorre, mas podem desencadear modificações locais que representam um conjunto de inovações potenciais que podem se difundir para as organizações em todo o campo.

A partir do entendimento de que instituições são capazes de formatar, modificar e até mesmo construir um novo campo através de um conjunto de crenças, normas condutas e práticas, existe neste contexto o surgimento de uma nova lógica institucional. Na teoria institucional, o conceito de lógica remete à “um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas que constitui seus princípios organizadores” (FRIEDLAND & ALFORD, 1991, p. 248). De forma que cada instituição tem como lógica pertinente quais estratégias, princípios e práticas restringem e possibilitam a reprodução de seus sistemas simbólicos e o alcance de seus objetivos primeiros. Esse conjunto de práticas materiais e construções simbólicas é em grande parte compreendido e compactuado principalmente por aqueles que fazem parte da mesma lógica. Porém Friedland e Alford (1991) atentam ao fato de que não é uma ligação causal entre comportamento e instituição que configura uma lógica de maneira simplista, até porque existem diversas nuances e multiplicidades sobre o significado que os comportamentos podem alcançar. Mas é principalmente a prática e a construção dessas simbologias que trazem mais legitimidade e a noção de eficiência pro campo institucional em questão. Sendo

assim, quando falamos de mudança institucional, é preciso entender que as transformações institucionais estão associadas tanto à criação de novas relações sociais quanto de novas ordens simbólicas (FRIEDLAND & ALFORD, 1991, p. 250).

Tudo isso traz à tona a necessidade de uma visão integrativa em que instituições assim como organizações, não existem como sistemas fechados, e que da mesma maneira que seus indivíduos possibilitam tanto vislumbrar quanto criar novas lógicas institucionais, organizações e indivíduos também transitam entre lógicas, conflitantes ou não, abraçando construtos que nem sempre pertencem à uma determinada lógica exclusivamente e que respondem ao ambiente e suas pressões de maneira singularizada. A forma de lidar com as diferentes lógicas institucionais, tem relação direta como cita Pache e Santos (2010) com a legitimidade das organizações dentro do campo, que as transformam em mais ou menos susceptíveis às diversas formas de pressões:

As organizações que se beneficiam de uma legitimidade a priori parecem capazes de emprestar recursos livremente de ambas as lógicas para desenvolver um modelo híbrido. Em contraste, as organizações que sofrem de um déficit de legitimação, compensam essa vulnerabilidade, exibindo uma quase total adesão à lógica predominante no campo (PACHE & SANTOS, 2010, p. 6).

Tal afirmação incorre em acreditar que organizações com maior legitimidade no campo (maior poder também), conseguem transitar melhor entre as lógicas conflitantes, essas organizações são denominadas organizações híbridas, pois são capazes de escolher diante de um amplo repertório de práticas, aquelas que mais se adequam de forma circunstancial. Este comportamento também parece possível de ser evidenciado empiricamente com o pressuposto que o mercado busca uma regulação maior das instituições híbridas de forma que o modelo predominante, se adequa em situações específicas, caso exista demanda de um lado (no mercado) e um interesse de outro lado (agentes institucionais). Mercado este que, como considerados por Friedland e Alford (1991, p. 234) “não é apenas um sistema

de alocação, mas também um sistema cultural institucionalmente específico para gerar e medir valor”.

De tal forma que, dentro dos moldes do contexto social, é possível exercer mecanismos reguladores que possam alcançar o utilitarismo e geração de valor que a economia neoclássica (operadora dos caminhos meio-fins, sujeito-objeto e da racionalidade utilitária e do capital) propõe às organizações que interagem, moldam, formatam, oferecem e consomem valor, ou seja, fazem parte do mercado como um todo. Lembrando que o utilitarismo pode ainda fornecer valor dentro das lógicas institucionais deste mercado: o que confere utilidade social à um ator diante das lógicas a qual ele mais se apraz? Existe um leque de rotinas, práticas e papéis que conferem valor ao trabalho exercido, seja numa lógica tecnocrática (quando é conferido valor à aplicação das tecnologias atuais, planejamento, medicalização e controle sobre mecanismos fisiológicos), seja na lógica humanista (quando o valor é creditado ao individualismo das práticas, atenção ao tempo e fisiologias de cada corpo, como ser único, não passível de gerenciamento, mas de assistência dentro das evidências da medicina atual e científica).

O que denota que o papel exercido dentro do campo também se configura como uma forma de agregar valor em uma lógica de mercado. O conceito de valor também pode ser comumente entendido como os benefícios na satisfação de necessidades e desejos que quem consome, e na geração de lucro através da oferta pra quem comercializa, encaixando-se no sistema de trocas do mercado. Sobre isso, a proposição é de que o modelo tecnomédico, que é a lógica predominante, empresta simbolicamente recursos “humanizadores” (ver mecanismos de dissociação de Pache e Santos, 2010, no tópico a seguir) quando os agentes percebem que a utilização de tais recursos pode conferir um benefício de interesse próprio, dos agentes ou da instituição. Contudo, a lógica do parto humanizado, ao emprestar recursos da lógica concorrente, mesmo que de forma necessária, pode sofrer penalidades, deslegitimação e responsabilização dos agentes por má conduta.

Dentro dos campos institucionais, sendo os mesmos uma arena socialmente construída como dito anteriormente, os indivíduos e ainda organizações reproduzem o que chamamos de papéis sociais, que são, na

perspectiva de Giddens (2008, p. 29) “expectativas socialmente definidas seguidas pelas pessoas de uma determinada posição social” e trabalham de forma a orientar e condicionar o comportamento dos indivíduos. Não é raro que essa definição dos papéis sociais levem a suposição de que indivíduos são atores institucionais, como próprio Giddens (2008) relata indivíduos não se limitam aos desempenhos de papéis que lhe são impostos ou esperados

Na verdade, a socialização é um processo pelo qual os seres humanos se tomam agentes. Eles não são simplesmente sujeitos passivos à espera de serem instruídos ou programados. Os indivíduos concebem e assumem papéis sociais, no decurso de um processo de interação social (GIDDENS, 2008, p. 29).

Por este processo, assumimos neste estudo o papel do empreendedor como agente dentro do campo institucional, uma vez que o mesmo apropria-se do que o campo lhe oferece, mas em contínua negociação e criação, o que lhes permitem, através do seu próprio processo de aprendizagem a criação de novas lógicas, modelos ou organizações diante do que lhes é exposto explicitamente pelas instituições que faz parte, mas ainda lançando mão do seu poder de agência que permite configurar essas lógicas através da sua lente única formada por suas experiências, aprendizados, vivências e outras situação pessoais passíveis da vivência em sociedade.

Sobre o papel do empreendedor institucional assim como no campo do empreendedorismo é possível perceber nuances teóricas sobre o comportamento e o papel do indivíduo que age nas lógicas institucionais, agindo ativamente para moldar uma nova lógica institucional pelo emprego de estratégias como cita Oliver (1991) capazes de moldar o campo, ou o papel de ator, que performa papéis já esperados dentro do campo institucional (conceito de trajeto) e estão sujeitos às pressões institucionais. Pressões estas que podem ser tanto àquelas que surgem como um reforço positivo de apoio à implementação das novas lógicas quanto pressões de sistemas de vigilância e de sanções que visam reprimir grandes mudanças ou atuações que estejam fora do comportamento esperado para o campo. Para Scott (2005, p. 13) “um ambiente mais conflitante ou ambíguo permite maiores oportunidades para o

comportamento estratégico e de agência”, possibilitando a recursividade de processos iterativos entre atores/agentes no campo institucional fomentando atividades de interpretação, criação de sentido, tradução e negociação entre as lógicas institucionais, que de acordo com Scott (2005) esses modelos interativos e recursivos têm substituído cada vez mais argumentos deterministas da teoria institucional.

4.4 MECANISMOS DE ATUAÇÃO E SUJEIÇÃO – O PAPEL DO EMPREENDEDOR INSTITUCIONAL

Diversos estudos da Teoria Institucional são capazes de fornecer informações acerca da estrutura institucional que conta com diversos elementos, entre eles, pressões regulatórias, normativas e cognitivas, muitas vezes agindo de maneira descoordenadas, atores sociais que atuam de acordo com interesses próprios ou advindos de lógicas institucionais do meio, grupos de interesse, pressões por mudanças e diferentes lógicas institucionais (), porém, dentro de um campo onde todos esses elementos trabalham de forma incorporada. No entanto, apesar do papel central que as instituições ocupam em nossas vidas, questões como relações de poder e relações sociais, ainda parecem distantes da teoria institucional:

A sua influência [instituições] determina o trabalho que fazemos, o que compramos, como pensamos em nós mesmos e como nos relacionamos. E, no entanto, de alguma forma, questões como controle do local de trabalho, exploração de trabalhadores, criação de identidades corporativas problemáticas e suas consequências para as relações sociais, crescente desigualdade dentro e fora das organizações ou poder e influência corporativa sobre o governo e a arena social parecem ter amplamente ignorado pelos teóricos institucionais (MUNIR, 2015, P. 2).

Diante de tal constatação, acredita-se no poder de um agente que promove mudanças institucionais, muitas vezes apesar de fatores como: a) a estrutura institucional estar funcionando como modelador do seu

comportamento; b) com uma lógica dominante exercendo pressão contra a mudança institucional; ou c) contra o surgimento de uma nova lógica institucional. Na arena institucional em destaque, o cenário de assistência ao parto tecnomédico vs. parto humanizado no Brasil, é importante a compreensão de quais forças fazem com que um novo modelo conflitante com a estrutura organizacional possa emergir em campos altamente institucionalizados. Enquanto DiMaggio (1988, p. 8) defende que os indivíduos têm preferência por ambientes relativamente rotinizados e previsíveis o que gera um comportamento que tende a criar e sustentar as instituições já existentes, qual é a força motriz que age sobre os indivíduos que reagem desconstruindo práticas, regras e estruturas institucionais em nome de um comportamento que diverge de tudo que a instituição propõe? A partir da inteligibilidade dessa lacuna torna-se possível o entendimento de quais linhas de fuga criadas dentro do campo. O movimento de Humanização configura um importante elemento constituinte de proporção institucional apoiado por outros diversos órgãos legitimados e reguladores (WHOS, OPAS), normativos (MBE) e grupos de interesse como o ativismo pela humanização do parto, grupos de apoio à escolha informada e até mesmo com um espaço importante como um mercado a ser atendido diante de crescente demanda cognitivo-cultural.

De fato, a relação entre instituição e agente é uma via dupla, pois as instituições restringem e permitem o agente, sendo o principal molde da construção de si, enquanto o agente também utiliza da instituição para atingir seus objetivos pessoais (DIMAGGIO, 1988, p. 9). É essa recursividade de interesses que dá força ao plano institucional, uma vez que eles dificilmente se dissociam. No entanto, é também essa relação que traz elementos de inovação e/ou ruptura com as formas institucionais, e é também onde repousa o cerne de questões que orientam esta pesquisa para o alcance do seu objetivo, por exemplo: quais elementos constituem o comportamento de inovação do empreendedor institucional, mesmo quando esse comportamento contraria a estrutura institucional? Quais elementos permitem que equipes detentoras do poder-saber médico, representantes legitimados e centralizadores de poder na assistência ao parto, lutem contra o sistema obstétrico atual que lhes confere poder e autonomia, em favor do movimento de humanização do parto,

descentralizando o poder de si mesmos, e distribuindo sua autonomia para a gestante, família e para uma equipe multidisciplinar que age em conjunto?

Os atores dominantes nas organizações são mais ativos na comunicação organizacional, particularmente na comunicação que visa definir situações como rotina e estabelecer as premissas de outros atores (DIMAGGIO, 1988, P. 14). Pache e Santos (2010, p. 3) elucidam duas correntes teóricas da Teoria Institucional que mostram formas diversas de atuar em um ambiente de conflito entre lógicas institucionais. Uma das formas de lidar com a resposta organizacional entre demandas institucionais concorrentes é de dissociação ou desacoplamento, quando as estruturas formais não correspondem de fato às estruturas operacionais

Os líderes organizacionais adotam simbolicamente as estruturas ou práticas exigidas pelos referentes institucionais para projetar uma imagem legítima, mas não implementam esses elementos internamente. Em vez disso, tentam evitar a investigação de referências institucionais (que não devem descobrir o engano) enquanto adotam as práticas alinhadas com suas próprias afinidades institucionais (PACHE & SANTOS, 2010, p. 3).

No campo da Assistência ao Parto, esse mecanismo de dissociação parece muito presente em suas estruturas como forma de atuar com o conflito de lógicas institucionais distintas entre parto tecnicista e parto humanizado, uma vez que as estruturas legitimam as premissas do Modelo Humanista/Holístico através de normas e diretrizes, até mesmo vindos do MS e de organizações normativas como a FEBRASGO (2018), que apoia em suas diretrizes as recomendações da Organização Mundial da Saúde, mas se nega a descentralização do poder biomédico, evidenciado em denúncias e conflitos judiciais no qual a FEBRASGO tentou impedir a livre atuação dentro de suas atribuições de enfermeiras/obstetras, assim como a assistência de médicos obstetras a partos domiciliares, o que não tem respaldo nem nas recomendações da OMS nem MBE, que é fruto das discussões acadêmicas e científicas mais respeitadas internacionalmente.

No Brasil, o Ministério da Saúde em suas publicações até 2018 (vide Quadro 4), procurou se manter coerente com as práticas de recomendação

internacional dos principais órgãos de saúde e/ou acadêmicos, como OMS e OPAS principalmente. No entanto, na prática essa coerência pouco ocorre. As taxas de cesáreas continuam altas, assim como relatos de descumprimento de hospitais e maternidades a recomendações no Ministério da Saúde, OMS e até descumprimento de leis, como de garantia de acompanhante a escolha da mulher no momento do parto.

É comum perceber a dissociação entre as lógicas institucionais, ao evidenciar dentro de estruturas regulamentares e normativas a importância do atendimento humanístico, mas de modo operacional, resultar em experiências fundamentadas na tecnocracia e no modelo biomédico. Em 2019, uma notícia foi veiculada em que uma maternidade paulista vendia um novo produto de “cesárea humanizada” em que o campo cirúrgico (normalmente opaco) era substituído por um plástico transparente para que a mãe pudesse ser “integrada” ao nascimento do filho (Figura 2), no entanto, o contato pele a pele no momento do nascimento entre mãe e filho, é uma das recomendações da OMS (2018) mesmo em casos de nascimentos por via cirúrgica, salvo em casos de necessidade de atendimento médico de urgência ao recém-nascido.

Figura 2 - O parto com campo transparente utiliza outro material no lugar do tradicional pano. É uma nova forma de humanizar a cesária (Katia Rocha/Divulgação).



Fonte: Revista Veja (2019).

Reiterando a pesquisa de Pache e Santos (2010, p. 4) quando “enfrentam demandas conflitantes relacionadas a uma determinada prática, as organizações encontram maneiras de alterar essa prática de uma forma que a torne aceitável para todos os referentes institucionais” e é um indicativo de que “uma organização cumpre uma política, mas falha em alcançar os objetivos previstos que a política deve servir” (HAACK & SCHOENEBORN, 2015, p. 307). Sob o olhar social, essa alteração prática como no uso do campo cirúrgico muitas vezes é aceita como uma transição entre as lógicas vigentes, mas não corresponde de fato, ao modelo no qual ele busca transparecer, além de ser uma estratégia difícil de se sustentar ao longo do tempo em contextos de conflitos institucionais (PACHE & SANTOS, 2010).

Outro tipo de resposta ao conflito institucional é a alternância de práticas, “Quando incorporados em meio a lógicas concorrentes, os membros da organização tornam-se cientes de cursos alternativos de ação” (PACHE & SANTOS, 2010, p. 4) e assim, os agentes podem transitar entre as duas (ou mais) lógicas presentes no campo institucional, atendendo às pressões e

interesses de forma contextualizada. Este comportamento também parece ser evidente dentro do campo de assistência ao parto, e talvez se evidencia através da análise de discurso dos atores selecionados.

4.5 ESTRUTURA DE SUJEIÇÃO E PODER ADJUNTA ÀS MUDANÇAS CULTURAIS-COGNITIVAS

A subjetividade é o reconhecimento de si enquanto sujeito e ainda, objeto passível de relacionamento com o mundo externo e com seu mundo interno, por meio do pensamento e da constituição de si. E é nessa rede de relacionamentos em que o indivíduo sente se a sua subjetividade é mais sujeita ou mais aceita enquanto potência de ser, ou esse mesmo sujeito, o qual citarei agora como indivíduo, se vê agindo de acordo com normas institucionais, através de uma estrutura que o condiciona culturalmente e normativamente. Nesse relacionamento consigo e com o mundo, o indivíduo se vê cada vez mais ou menos sujeito ao outro (FOUCAULT, 1984). Nesta pesquisa, a perspectiva de poder e sujeição analisada está na forma de sujeição normatizada na relação paciente vs. instituição médica, onde o poder está constituído para aquele que detém os procedimentos e o saber-técnico, uma autoridade já estabelecida por um conjunto de práticas de poder que não precisa necessariamente agir sobre o outro, mas sobre as ações do outro (FOUCAULT, 1984).

Para Foucault, o sujeito, apesar da sua constituição da palavra (*sujet* em francês que denota a sujeição), ainda se coloca como parte constituinte das práticas que o constitui. Ou seja, do campo de forças que constitui sua propriedade de ser o que é, e agora da forma que age, o sujeito também emana e recebe forças dentro deste campo. O sujeito se forma culturalmente e institucionalmente, mas também se forma indivíduo. De modo que, no campo institucional as construções são regidas pelas forças políticas, culturais e cognitivas, mas sem fechar o espaço que dá acesso ao indivíduo de modelar-se de forma única e atrelado a sua individualidade diante do campo de forças.

As ciências sociais, de acordo com Friedland e Alford (1991, p. 232) tomaram dois rumos teóricos na sociedade, “um orientado ao indivíduo utilitarista e outro da organização orientada ao poder”, porém apesar de um primeiro entendimento como rumos distintos, os autores associam o comportamento individual ou organizacional ao contexto social, de maneira que não é possível dissociá-los. Muitos dos modelos que dão origem às organizações baseiam-se em sistemas semelhantes a conjunto de regras compartilhados ou promulgados por indivíduos ou grupos e fornecem modelos para o desenho de estruturas organizacionais através de posições, políticas, programas e procedimentos, exercendo seu poder, não por meio de seu efeito sobre as atividades de tarefas dos participantes organizacionais, mas sobre as partes interessadas e públicos externos à organização (SCOTT, 2005, p. 6). Sua adoção pela organização garante legitimidade social.

O poder e as instituições estão intimamente relacionados, primeiramente pois a própria instituição permite o exercício do poder através da sua influência sobre comportamentos, crenças e oportunidades de indivíduos, grupos, organizações e sociedades (LAWRENCE, 2008, p. 170). De outra forma ainda, a própria estrutura organizacional confere poder aos seus agentes para que eles possam agir tanto entre atores quanto com a própria estrutura organizacional, permitindo ou restringindo movimentos de mudança. Dentro do campo institucional onde lógicas conflitantes atuam em divergência, existem um sistema de práticas inter-relacionadas que vão desde as formas de regulação e normativas mais formais até elementos operacionais que tem a capacidade de atuar informalmente, mas não sem um direcionamento auto interessado, como no caso das práticas culturais-cognitivas.

Na genealogia do sujeito, Foucault (2013) questiona sobre de onde vêm as práticas que nos constitui. Pois somos constituídos por tecnologias, políticas, técnicas de poder, mas também constituídos pelo próprio poder, e através dele a produção de práticas e comportamentos é possibilitada, tal afirmação é congruente *in situ* com a teoria institucional (THOMTON, 2002; THOMTON & OCASIO, 1999; AMENTA & HALFMANN, 2000; AMENTA & ZYLAN, 1991; BARTLEY & SCHNEIBERG, 2002; LOUNSBURY, 2001; LOUNSBURY,

VENTRESCA & HIRSCH, 2003; DIMAGGIO, 1988; GARUD , JAIN & KUMARASWAMY, 2002; MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004).

No poder, todos estamos imersos, no mesmo contexto da imersão institucional (*embeddedness*), constituídos e constituindo redes de poder. E este poder pode se configurar em múltiplas facetas que podem ser poder disciplinar, hierárquico ou biopoder/biopolítica, por exemplo, que fazem parte do campo institucional e muitas vezes atuam como forças direcionadoras de diferentes lógicas institucionais. A literatura de Teoria institucional (BATTILANA & DORADO, 2010, PACHE & SANTOS, 2010, GREENWOOD, *et al.*, 2010) mostra como estruturas de regulação podem ser transformadas na prática com elementos informais e operacionais que não atendem de fato aos elementos regulatórios, mas apaziguam as demandas de conflito. Esse poder de escolha entre alternativas ou de dissociação permite à lógica dominante adiar mudanças em estruturas fundamentais, mas também permite fomentar a lógica emergente, que a questiona.

Das práticas de liberdade, fluem-se as linhas de fuga, como no caso do parto humanizado. De forma, que Foucault (1984), também por meio do poder, tira o sujeito da sujeição, pois o sujeito também é uma força constituinte do poder sobre o qual ele encontra-se sujeitado. Uma forma de libertar-se da sujeição, rumo a vida de liberdade, é como diz Foucault (1985), por meio do enfrentamento das evidências, que podem ser nesse caso, das práticas institucionais. Tal liberdade que ainda, dentro da Teoria Institucional pode ser questionada, uma vez que, não existe um “estar fora” da estrutura organizacional (GIDDENS, 2009). A liberdade de uma lógica institucional, não recai necessariamente na captura de uma outra lógica? Ao conseguir escapar à sujeição do parto tecnomédico, a parturiente recai sobre uma outra lógica institucional, tão caracterizada por normas e regulativas e questões culturais quanto a lógica anterior. A liberdade nesse caso é do poder de escolha, mas não a liberdade absoluta de estruturas institucionais.

O surgimento do parto tecnicista e medicalizado (modelo tecnomédico) surgiu concomitantemente com uma estrutura social de produção e de financeirização. A história do sistema obstétrico mostra como a chave de mudança da assistência ao parto foi, em última instância, uma mudança nas

estruturas de poder, sublinhada pela alternância de protagonismo que antes recaía em uma estrutura familiar e essencialmente feminina de mulheres e seus saberes, passados de geração em geração, para uma estrutura dominada pela ciência, de superioridade sobre o corpo e suas funções, mas sobretudo, externalizado pela figura de poder centralizado no médico. Essa nova sujeição não chegou sozinha, mas carregou consigo a função produtiva da mulher

Deste "jogo" surgiram "o mito do amor materno", a "mãe dedicada", "boa esposa", "a rainha do lar", as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas do romance nacional, destacava-se pela sua constituição frágil e débil. Em geral, as mulheres são muito mais delicadas, mais ternas, mais sensíveis, mais pacíficas, mais de formar corações e conduzi-los que o homem (Nunes, 1846). Foram criadas para ser esposas e mães. Todos os órgãos são delicados, flexíveis, fácil de excitar e ferir, suscetíveis em todos os sentidos (Nunes, 1846). Os médicos não se limitavam a afirmações genéricas, onde exploravam aspectos psicológicos das mulheres. Seu discurso trazia observações que só poderiam se pautar sobre uma sólida observação, observação que lhe garantia o rigor científico e a posse da verdade (BRENES, 1991, p. 145).

A imposição identitária ocorre de fora para dentro, muitas vezes imposta pelo Estado e disseminada pela cultura, de forma a atender as demandas socioeconômicas. O século XIX impõe a identidade feminina – como ser feminino, a maternidade como um instinto e um dever, o dever da procriação dentro de uma estrutura socioeconômica voltada para a produção. Brenes (1991) apoia o discurso da construção identitária feminina ao explicar as dificuldades do acesso médico às mulheres de até então. Foi-se necessário segundo a autora, a construção de uma identidade feminina permeada pela ternura, delicadeza, passividade e sensibilidade de modo que a sexualidade feminina encontrasse apoio única e exclusivamente no poder-saber médico, “fazendo a mulher um ser frágil e inconstante a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam” (BRENES, 1991, p. 145).

Tanto o poder quanto a identidade fazem parte do sistema produtivo – o poder produz, o poder induz – de forma que as mulheres passam a serem educadas para a maternidade, e conseqüentemente para as práticas de sujeição, e assim o indivíduo, passa a ser produto das relações sociais de produção. É necessária a manutenção de corpos dóceis para que existam pessoas economicamente ativas, mas politicamente submissas. Por exemplo, para que fosse possível o exercício da medicina, mulheres foram sujeitadas, e objetificada como objeto de estudo da medicina obstétrica (BRENES, 1991; DE MEDEIROS *et al*, 2018).

Mas a questão que voltamos é, como é possível o encontro de espaços outros (heterotopia), onde seja possível emergir das práticas institucionalmente impostas e reproduzidas? Foucault fala sobre conduzir a própria conduta, que também é conduzir a conduta do outro, utilizando-se das práticas de liberdade (FOUCAULT, 1985) que remetem a se livrar do pastoreio político, social, em especial do pastoreio neoliberalista e sua tendência a financeirização. Ser fiel a si mesmo, tendo compromisso com a verdade que apesar de ser a retórica dos tempos atuais, muitas vezes não tem compromisso com a ciência e com a evidência científica. Muito da prática da medicina obstétrica (para fazer um recorte) baseia-se em protocolos e ritos que pouco fazem conluio com a Medicina Baseada em Evidências (MBE), logo com a ciência em si, que é a verdade mais próxima da nossa sociedade atual. E nesse enfrentamento (resistência) que se constitui o corpo social, e nele se constitui as variadas formas de subversão (ativismo, resistência) permitido pela própria democracia do poder, pois em estados de dominação totalitária, não há espaços para enfrentamentos. Foucault responde com a subversão de usar a ciência (MBE) para combater o tecnicismo que a própria ciência criou, sendo o Movimento de Humanização do parto, o mecanismo atual de subversão.

O poder enquanto um início de teoria, como cita Foucault (1978, p.4) “não do que é poder, mas do poder”, é definido pelo autor como um “conjunto de mecanismos e de procedimentos que tem como papel ou função e tema manter – mesmo que não o consigam – justamente o poder”. Como construção então de uma teoria, faz mister a análise de relações e estruturas na qual o poder agencia, e neste caso, a análise é realizada a partir das estruturas

evidenciadas nas relações e mecanismos de manutenção do poder no sistema obstétrico brasileiro, que é o campo deste estudo.

Se alocarmos o sistema obstétrico vigente como a estrutura de poder relacional com maior capacidade de disciplina dos sujeitos que fazem parte desse meio, temos como lógica emergente no campo, os movimentos de humanização do parto, que entram em confronto com a lógica vigente para chamar a atenção à outras políticas da verdade, que é o que Foucault explica como “os efeitos de saber que são produzidos em nossa sociedade pelas lutas, os choques, os combates que nela se desenrolam, e pelas táticas de poder que são elementos dessa luta” (FOUCAULT, 1978, p. 5).

Não destoam, de fato, de duas estruturas de poder acima citadas – a lógica tradicional de assistência obstétrica e de uma lógica emergente no campo, que é o movimento da humanização, que, no entanto, tratam-se de estruturas com diferenciais de poder distintos sobre onde repousam as estruturas de poder. Na lógica tradicional, onde o poder se alastra nas condições de poder-saber e repousa sobre o sujeito que detém tal saber, que é neste caso, a figura do especialista, geralmente o médico. É um poder que deriva da ciência da época, ainda em descoberta e desenvolvimento, no caso da ciência obstétrica (vide Modelo Histórico do parto no Brasil, item 3.1), mas que se consolidou ao longo do tempo não apenas como um suporte normativo-cognitivo (SCOTT, 1995), mas também através de uma cultura de rituais, procedimentos e normas que apesar de ter surgido com a ciência, não a acompanhou enquanto uma ciência viva e em desenvolvimento, e perpetuou, dentro desta lógica, com procedimentos, rituais e saberes já em desuso na medicina atual e ainda na medicina baseada em evidências.

A figura centralizadora de poder na lógica tradicional, como dito, pertence mais ao agente que se personifica como detentor da ciência, que é o poder vinculado a quem detém o saber específico, do que a ciência em si. Como citado anteriormente no Quadro 2 a figura médico-profissional é quem detém a autoridade e responsabilidade. Por outro lado, na lógica emergente do movimento de humanização, a estrutura de poder repousa principalmente no objeto da ciência e no que ela representa (medicina baseada em evidências) e pulveriza nos atores (equipe profissional, família, paciente, indivíduos...) que se

relacionam com ela (Quadro 2 - Modelos assistenciais de atenção ao atendimento médico-institucional).

Apesar da disciplina, da biopolítica e do biopoder demarcarem territórios próprios no sentido do funcionamento das coisas e do assujeitamento dos indivíduos, esses dois modos de funcionamento não são excludentes, muito pelo contrário, eles se entrelaçam em diversos pontos importante para o entendimento do uso e reconhecimento do poder na sociedade contemporânea.

Enquanto a disciplina necessita de mecanismos que impõem limites, sequências e ordenações para delimitar o que é normal e o que é anormal, e a partir de aí impor um modelo e aproximar os sujeitos a ele, a biopolítica permite a inclusão de novos elementos ressurgentes como afetos, comportamentos subjetividades, modos de viver e de sentir que afetam diretamente o comportamento dos indivíduos perante a sociedade e suas vivências nela. Essa ampliação e agregação constante, faz parte da sua característica “centrífuga”. A disciplina remete à um modo estático, de regulamentação, sob um poder de enquadramento do sujeito a um modelo já previsto.

Essa visão coloca o corpo feminino dentro de uma perspectiva funcional de corpos economicamente úteis e politicamente dóceis, uma vez que se utiliza da disciplina para um adestramento do corpo a um conjunto de normas, padrões que seja capaz de funcionar como elementos limitantes e regulatórios do próprio corpo (Foucault, 2008). A disciplina é senão a primeira forma de destituição do próprio corpo, pois ao colocá-lo a disposição de regras e verdades institucionais (circuito moral-científico, por exemplo), sujeitado à autoridade médico-hospitalar, obediente à vigilância e ao registro contínuo, os corpos dóceis passam a se conceber na dimensão passiva, inscrito na linguagem (grade referencial), legitimando a autoridade da medicalização, objetificados (Foucault, 1979). É neste contexto que “o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos” (Foucault, 1979, p. 111).

A disciplina tem como objeto a dominação de corpos de forma individualizada através de uma capacidade autorregulatória, mas ainda de acordo com mecanismos institucionais vigentes e aceitos por via social, cultural

ou legal. Enquanto a biopolítica se permite ao estudo da movimentação, o que dá espaço a uma forma de vida ativa, princípio do *laisse faire* que para Foucault teve início no liberalismo e ganhou força no neoliberalismo ao regular o exercício global do poder político com base nos princípios de uma economia de mercado” (FOUCAULT, 2008, p. 181). A biopolítica observa a mudança, os fluxos, acompanha os movimentos, insere em modelos estatísticos e orienta, que também sequestra dos movimentos do corpo, mas não de forma tão mecânica como a disciplina, mas como um organismo vivo, utiliza-se de uma regulação mais fina e harmônica. Tanto a biopolítica quanto o biopoder, têm como características exercer a governabilidade dos corpos como mecanismos econômicos e sociais (FOUCAULT, 2008). A inscrição do corpo feminino diante da lógica de produção tecnocrata utiliza-se desses efeitos regulatórios para a manutenção da sujeição das mulheres à uma assistência intervencionista e tecnocrata.

5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados partiu de uma perspectiva de atenção aos objetivos propostos pelo trabalho e desmembrou-se em seis seções que estão divididas por um melhor direcionamento à cada um dos objetivos específicos a seguir, que juntos se propõem ao atendimento do objetivo principal de explorar a Teoria Institucional de modo a conhecer o comportamento dos agentes empreendedores diante de lógicas institucionais conflitantes no campo da Assistência ao Parto e Nascimento no Brasil:

1. Contextualizar, a partir da historicidade da assistência ao parto e nascimento, o poder relacional subjacente ao corpo feminino e seus processos dentro do sistema obstétrico vigente, evidenciando os parâmetros socioculturais e científicos que sustentam tal relação;

2. Relacionar quais agentes (empreendedores institucionais) foram centrais e determinantes na emergência da nova lógica institucional de parto humanizado;
3. Delinear as práticas exercidas pelos agentes empreendedores institucionais para a emergência de uma nova lógica (humanização) em um campo institucional já identificado à uma lógica dominante e conflitante (tecnocracia).
4. Identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais a reprodução dos pilares regulativos, normativos e cognitivos da assistência ao parto repassadas durante o processo de aprendizagem profissional;
5. Identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais o conjunto das forças externas encontradas no campo de assistência obstétrica do Brasil de forma a identificar forças afins e contrárias à lógica dominante de assistência ao parto;
6. Analisar as práticas de empreendedorismo institucional e a emergência do protagonismo feminino na relação de poder para responder a como e por que o agente institucional pertencente a uma lógica dominante empreende dentro do campo institucional apesar das forças institucionais para explicar o comportamento inovador dentro de campos maduros e já legitimados.

Apesar da delimitação em seções, as análises a seguir não atuam de maneira distinta, mas se complementam e retomam análises interconectadas que visam o entendimento do campo como um todo.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO A PARTIR DA HISTORICIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E O PODER SUBJACENTE AO CORPO FEMININO

“É como se eu estivesse num prédio que está em chamas. E tu está no parapeito e está queimando. E aí as pessoas olhando lá de baixo. São 20

andares. Perguntam para pessoa: Teve algum momento de fraqueza, que tu pensou em desistir? 'Não. Eu estava queimando'." (ENTREVISTADO E1)

Os empreendedores institucionais mostraram que suas principais motivações para a prática da humanização vieram de questões intrínsecas e principalmente relacionadas aos seus propósitos de vida e estudos individualizados. A maioria deles mostrou que no início se sentiam sozinhos e se fortaleciam com livros de autores internacionais como da antropóloga e médica norte-americana Robbie Davis-Floyd que ficou reconhecida por suas pesquisas, publicações e atuação dentro da lógica humanizada nos Estados Unidos e ainda por todo o mundo, do médico obstetra francês Frédérick Leboyer, também um precursor da humanização e raríssimas referências brasileiras como Moysés Goldstein Paciornik, cuja principal forma de alcance de demais profissionais se deu também através de livros como “O parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios”, o mesmo acabou por se tornar referência através da prática do parto de cócoras na região sul do Brasil, especialmente em Curitiba onde fundou um Centro Paranaense de Pesquisas Médicas em 1959 (PORTAL MEMÓRIA BRASILEIRA, 2020).

Para Friedland e Alford (1991) a construção de uma nova lógica ocorre a partir de práticas materiais e simbólicas como princípios organizadores, porém, é necessário o entendimento de que as organizações não são sistemas fechados, e as trocas ocorrem entre lógicas, conflitantes ou não, reagem às forças e pressões ambientais de maneira singularizada, sem desconsiderar o papel do agente, que é influenciado pelas instituições como molde da construção de si, mas também utiliza das instituições para atingir seus objetivos pessoais (DIMAGGIO, 1988). A partir desse pensamento de que a lógica é construída a partir das trocas ambientais, mas também a partir do reconhecimento de que o agente também é um ponto de partida em si mesmo, os discursos evidenciaram que no início, o espaço de diálogo entre profissionais que começavam a pensar na lógica da humanização era muito restrito e com pouca interlocução. Assim, essa troca entre pares foi vista como apenas um impulsionador, pois a motivação foi enunciada como algo intrínseco do indivíduo, como cita o entrevistado E1. Para ele, a motivação para se

adentrar a algum campo, como lhe ocorreu na adoção da humanização como prática médica é algo que vai além da ordem do racional, que é quando existe uma preparação prévia mas existe algo inerente daquele indivíduo que desperta, que “deflagra um processo que já havia se iniciado afetivamente, emocionalmente, psicologicamente no interior do indivíduo e que já estava em ponto de ebulição” (Entrevistado E1), e este contato com materiais, com outras pessoas, com práticas da humanização apenas acendeu a centelha de algo que já estava preparado no campo do irracional, do emocional:

Qualquer coisa que eu te falar, eu tenho uma experiência a respeito desse tipo de informação, que foi um trabalho que a professora Robbie Davis-Floyd, da Universidade, na época Universidade do Texas, e a professora Edwards, da Universidade de Duke, em Dallas, no Texas. Elas fizeram uma espécie de análise dos precursores da humanização do nascimento do Brasil, fizeram uma espécie de etnografia, tentando descobrir qual eram as modificações que levaram ou coisas que levaram essas pessoas a assumir a humanização no nascimento, como uma bandeira ou como uma prática? É a minha tese. É que se tu tentar dizer isso de verdade, vai mentir. Porque ninguém sabe isso. Eu vou te dizer de uma forma um pouco mais complexa ainda. É grave. Se tu perguntar para uma pessoa por que ela ama o seu marido ou a sua esposa. Se ele tiver uma resposta é porque ele não ama. Porque a ordem de onde vem essa motivação é de elementos não racionais e racionais. E se tu disser o seguinte? Claro que se tu pergunta por uma mulher, por que tu amo o teu marido? Ela vai dizer sim a porque ele é um bom homem. Ele é nobre, lhe é justo, ele é honesto, ele ama meus filhos, ele demonstra que me ama e blá blá, blá. Ela está inventando coisas pra tentar explicar o que é inexplicável. Se eu disser por que eu adotei a humanização do nascimento, eu posso te contar uma série de coisas, mas todas elas, ou elas são falsas no sentido de dizer que aquilo produziu uma modificação. Elas são momentos de epifanias, mas as epifanias só acontecem quando existe uma preparação prévia (ENTREVISTADO E1).

O resultado do processo de criação e modificações de lógicas institucionais advém de um conjunto de elementos emprestados do campo, mas ainda é necessário a compreensão de que a forma como o agente constrói suas relações a partir desses elementos ou se apropria do que o campo lhe oferece, através de um processo de contínua negociação e criação,

o que lhes permitem, através do seu próprio processo de aprendizagem a criação de novas lógicas, o que permite a configuração de novos modelos de maneira singularizada envolvente por parte do agente, não somente os elementos institucionais mas ainda suas experiências, aprendizados, vivências e outras situações pessoais passíveis da vivência em sociedade. E é essa utilização de modelos interativos e recursivos que Scott (2005) explica como esses processos tem substituídos cada vez mais a visão determinística da teoria institucional.

Quando chegou no quinto ano da faculdade, isso foi em 2001, no estágio obrigatório de obstetrícia. A gente vai numa maternidade para acompanhar um trabalho de parto. Daí eu cheguei lá acompanhando o trabalho de parto como aluno de medicina. Você fica meio que ali no apoio a buscar água, busca uma toalha, faz aquilo ou conversa com a gestante, acalma ela... Você vai fazendo algumas coisas meio que paralelas de quem realmente está acompanhando, que é uma residente de medicina, né? E aí a gente acompanhou um trabalho de parto. O trabalho de parto foi evoluindo, chegou a hora de nascer e vai nascer ok. E aí, assim que o bebê nasceu. Ela deu o bebê para a mãe e colocou no colo da mãe. Essa cena, sim, foi o divisor de águas da minha vida. E eu saí de lá muitíssimo encantado e maravilhado com aquela cena do nascimento. E eu saí de lá, inclusive pensando: "Como eu nunca fui, pensar em parto?" Se me perguntassem um dia antes o que é melhor, parto normal, cesárea ou sei lá. Não saberia nem responder porque não era uma coisa que eu pensava, inclusive de todas as matérias até esse momento, na faculdade, a única que eu peguei segunda época foi de ginecologia obstetrícia, porque não era uma matéria teórica que me interessava. Mas o nascimento em si, ali e aquele parto me encantou demais. Naquele momento eu saí de lá, liguei, peguei um cartão de orelhão, liguei para a minha mãe, falei: "Mãe, eu vi um parto", chorando. [...] Entrei na residência de obstetrícia e como eu já carregava o sentimento de humanização comigo, as primeiras coisas que eu fui tentando encontrar na obstetrícia era a humanização da obstetrícia (ENTREVISTADO E4).

O entrevistado E4 explica como a experiência de assistir um parto trouxe para ele uma construção única do seu processo de inserção na humanização. Passar por experiências como essa e ser tocados por isso, é um processo individual e inerente de cada indivíduo, conforme citado pelo entrevistado E1

anteriormente. Todos os residentes de obstetrícia passaram pela experiência de assistir um parto, mas cada um utiliza-se dessas experiências para construções de modelos muito singulares e que vão de encontro com outros elementos já instituídos como essenciais na construção de novos trajetos (HALL e TAYLOR, 2003).

O entrevistado E1 reflete sobre como essas externalidades atuam como uma centelha, mas não como uma motivação que atinge a todos de uma mesma maneira:

A história que eu tento usar para explicar esse fenômeno é o caminho de Damasco percorrido por Paulo de Tarso, para quem gosta de religião. Eu não tenho religião, mas eu gosto dessa história. O que chama a atenção nessa história é que Paulo estava acompanhado de uma série de soldados romanos. Era um pequeno batalhão que estava indo até Damasco para cumprir essa ordem de prisão de Ananias. Só que a luz só afetou Paulo e só Paulo ficou cego. O evento aconteceu para todos eles, mas só um acabou sendo maculado ou foi despertado por aquele fenômeno. [...] Se eu disser o seguinte, uma vez eu atendi uma mulher que teve um bebê no hospital, que ganhou na sala de emergência. E aquilo me tocou profundamente e modificou minha vida. Isso eu sempre digo assim: “Naquela sala tinha uns quatro ou cinco alunos e cinco ou seis enfermeiras. Nenhuma dessas pessoas ficou tocada por isso. Isso não mexeu com o coração de ninguém, absolutamente ninguém. O que significa que só mexeu comigo porque havia algo em mim, da ordem do inconsciente, da ordem do afetivo, da ordem do emocional que foi despertado por este evento”. Isso é, o evento não produziu nada. O evento despertou. Entendeu? [...] Em verdade, foram apenas deflagradores de um processo que já havia se iniciado afetivamente, emocionalmente, psicologicamente, no interior desse sujeito e que estava a ponto de ebulição. E chegou alguém ali e simplesmente acendeu o pavio e aquilo ali se produziu, entendeu? Então, se tu for me perguntar essas coisas todas, eu teria que dizer assim: “Foi o meu pai, a educação que eu tive, foi da minha mãe” [...] Eu entendo a razão dessa pergunta, porque a gente tenta descobrir a origem disso, a fonte disso, qual o sentido da humanização do nascimento, como ela começou na vida de uma pessoa? Mas toda a resposta que tu escutar vai ser uma resposta ou parcial, ou que não explica de verdade essas coisas que aconteceram. (ENTREVISTADO E1).

A não concordância com a lógica tecnocrata também foi caracterizada como um forte impulsionador para aderir à lógica da humanização. A mudança institucional pode ser possibilitada através do enfraquecimento e do desaparecimento de um conjunto de crenças e práticas provavelmente estão associados à chegada de novas crenças e práticas (TINA DACIN, GOODSTEIN & SCOTT, 2002). A percepção de que os elementos constituintes da atual lógica não estão de acordo pode ser um indicativo de que mudanças institucionais precisam acontecer. As entrevistadas E2 e E5 explicam que, por muito tempo ela não imaginavam que existia um mercado por traz do nascimento, elas não vislumbravam que uma mulher poderia ser tratada de forma objetificada dentro de um sistema e que se depararem com essa realidade foi o fator impulsionador, que as fizeram começar a trabalhar por uma mudança:

A coisa, sabe, era mais uma coisa de ativismo mesmo. Vamos mudar esse sistema. E sei lá quantos anos depois, não foi bem assim que a coisa aconteceu. Mas não, não tive a motivação. Foi o próprio trabalho. Sabe, que é muito lindo quando está envolvido nisso e você fala: “Meu Deus, quanta coisa é possível de fazer para mudar o que está aí?” (ENTREVISTADA E2).

Eu comecei a minha vida nessa, nesse ativismo da assistência à gestante e ao parto, quando eu tive meus filhos. Eu sou uma pessoa de privilégios e nascido numa família com certos privilégios [...] E então, dentro do meu privilégio, eu tive partos no setor privado. E o que acontece no setor privado é que, se você tem o privilégio do setor privado, você passa pelo privilégio da cesariana desnecessária. Então é uma coisa que vem meio acoplada, uma coisa na outra, né? E essa, essas experiências de violência sobre o meu corpo me inspiraram e impactaram bastante a minha vida a ponto de uma exercer uma profissão, por falar assim: “Eu vou trabalhar com isso. Eu vou fazer a diferença nesse mundo do jeito que eu puder. Vamos lá, o que eu preciso fazer?” E aí eu comecei trabalhando como doula [...] acompanhei muito parto e depois eu fiz a minha formação universitária em obstetrícia na USP, que é o antigo curso de parteira profissional, é um curso de cinco anos que me tornou obstetriz. Então, hoje eu atuo como obstetriz, como gestora, ativista, tenho uma casa de parto, enfim, eu trabalho nessa nessa área e desde então eu tenho me dedicado. (ENTREVISTADA E5).

Uma vertente que proporcionou o contato com a humanização foi através da formação acadêmica de alguns profissionais. As entrevistas demonstraram que nem todos tiveram um contato com a humanização em sua formação acadêmica, porém, alguns citaram o contato com a humanização ainda em sala de aula, e que puderam aprender com professores que até mesmo pela profissão de educadores, cientistas e pesquisadores estavam em constante contato com a Medicina baseada em Evidências (MBE) e, conseqüentemente já vislumbravam a emergência de um novo paradigma no campo da assistência obstétrica, fundamentado principalmente por estudos e pesquisas que lidavam com a relação entre os excessos tecnocráticos e a morbidade materno-infantil decorrente de uma assistência intervencionista e padronizada. O entrevistado E4 conta que seus primeiros contatos com a humanização ocorreram durante sua formação acadêmica, pela presença de bons professores, que justamente por serem profissionais médicos que dedicam a sua vida à academia, pesquisas e à ciência, não cederam às investidas do sistema pela ótica de mercado e da lucratividade, e que por serem profissionais em constante contato com a MBE, então eram considerados médicos "vaginalistas", que apoiam o parto normal, mas não necessariamente dentro de práticas da humanização. Porém a entrevistada E3 cita a falta de atualização de muitos professores durante sua vida acadêmica conforme podemos avaliar pelas falas a seguir:

100% dos professores da obstetrícia. São vários vaginalistas, pelo menos todos apoiam um parto normal, 100%, uma faculdade pública com dedicação integral exclusiva. Eles nem podem ter se tornado, eles são só professores de faculdade, seguem carreira acadêmica, mestrado, doutorado e por aí vai. Então, eles sempre incentivaram muito evidências científicas, portanto, sempre é muito, o parto normal. O que diferenciava um ou outro era mais a questão da humanização ou não era de cada um dos professores.
(ENTREVISTADO E4)

No entanto, a entrevistada E3 ainda trouxe uma preocupação em relação à formação acadêmica no que se refere à educação continuada de professores que não se atualizavam conforme o avanço científico:

Eles perceberam que muitos professores das faculdades de saúde depois que viraram professores, nunca mais se atualizavam por evidência científica nem nada (ENTREVISTADA E3).

Ou ainda que evidenciavam que, mesmo com certas ressalvas a instituição universitária já garantia alguma legitimidade que não abria muito espaço para questionamentos:

Como estudante de medicina, a gente tem que passar pela obstetrícia e. E a gente aprende a assistir. Parto na forma tradicional e isso nos anos 70. [...] Eu fiz uma faculdade muito boa e eu tive professores excelentes. Mas eu acho que no processo de formação não havia muito a questionar (ENTREVISTADA E3).

Sobre o contato com a humanização durante sua formação acadêmica, os discursos evidenciaram três vertentes: o ensino tecnocrático, o contato com professores que seguiam uma lógica de humanização, e no caso da Entrevistada E5, que cursou Obstetrícia na USP, que é uma formação a parte da medicina e da enfermagem, que é denominado pela entrevistada E5 como curso de parteira profissional, com duração de 5 anos. A Universidade de São Paulo (USP) é a única universidade do Brasil que tem a graduação em obstetrícia, a mesma demonstrou que o curso e seus professores foram adentrando à lógica da humanização durante o seu próprio processo de estabelecimento.

Em 2005 foi o primeiro ano desse curso então, o curso já foi aberto dentro dessa perspectiva da humanização. Então, a formação é toda humanística e inclusive quase metade dos créditos é na área de humanas e não na área de biológicas. Os primeiros professores eram enfermeiras obstetras formadas dentro dessa perspectiva tradicional. Então, esse olhar humanístico foi uma foi uma nova onda criada a partir do curso, porque, mesmo sendo enfermeiras obstetras, muitas já tinham uma outra pegada. Tinha psicóloga, tinha socióloga. Tudo isso mudou o olhar como um todo, como um organismo. Então o organismo curso de obstetrícia, ele já estava num outro lugar, mas enfrentando várias dificuldades, porque esse organismo era formado de várias células e algumas delas dentro de um paradigma antigo. Mas devagar, quando você tem todo um organismo indo para um lugar, essas células

acabam se adequando. A esse organismo, algo que o que está acontecendo com todo o organismo. Então isso foi se ajustando com o tempo (ENTREVISTADA E5).

O entrevistado E1, começou a sua vida acadêmica, já em um momento de transição, de uma lógica tradicional para a lógica tecnocrata, onde as parteiras tradicionais ainda eram as principais responsáveis pela assistência ao parto, no entanto, já enfrentando um momento de mudanças institucionais durante a sua formação acadêmica:

Por volta de 1982, portanto há praticamente 40 anos atrás, atuando como estudante de medicina num hospital de periferia da grande Porto Alegre, onde eu era interno do hospital e como os médicos não ficavam no hospital, ficava a cargo das parteiras do hospital. Ele era convidado a auxiliar nos partos e foi lá que eu atendi os meus primeiros partos. (ENTREVISTADO E1).

Uma das entrevistadas passou pelo processo de formação acadêmica dentro dos cursos de psicologia e assistência social, suas falas quando questionada sobre o processo de conhecimento da humanização através das instituições de ensino demonstra que, na psicologia, não havia uma perspectiva de que, existe uma lógica tecnocrata em vigor. Talvez até pelo motivo de que o campo acadêmico da psicologia se posiciona dentro de uma perspectiva humanista:

quando você fala de nascimento na psicologia, as pessoas acham que todo mundo nasce de parto normal. Ninguém se questiona se é assim mesmo, entendeu? Quando você fala de desenvolvimento, de psicologia, do desenvolvimento e você fala de nascimento, você não fala de cirurgia. Você fala de parto, trabalho de parto e fala de vínculos, mas não aceita o colo mama. É disso que se fala, não como uma defesa que tem que ser assim, porque tem que ser humanizado e porque é assim que deveria ser. Em termos de estudo, eu acho que o povo da psicologia nem pensa que nossa talvez não nasça de parto normal. Talvez não vá para o colo (ENTREVISTADA E2).

Com a popularização da internet no Brasil, a partir dos anos 90, diversos profissionais da assistência obstétrica que já, descrentes da lógica tecnocrática da assistência obstétrica, que consumiam e reproduziam práticas humanizadas de forma muito isolada e a partir de fontes como livros e algumas referências, majoritariamente internacionais, tiveram a oportunidade de conexão, através de um movimento que foi denominado pela entrevistada E5 como “*Grassroots Movement*”, ou movimento de base (*tradução livre*) que trata-se, de acordo com Cohen, Ottinger e Fortun (2011) como um movimento de mudanças institucionais propulsionado por práticas e movimentos de ativistas que através de estudos, das práticas e da promoção da ciência começam a perceber de forma mais individualizada a necessidade de mudanças em um paradigma estabilizado e esse movimento rizomático, tal qual a analogia do próprio termo, encontra-se com outros agentes transformadores que também se encontram no mesmo movimento de mudança de lógicas, e que ao emergirem à superfície, se percebem conectados por uma rede de raízes aprofundadas geralmente através da ciência. Ghoshal e Bruckman (2019) explicam como a organização dos movimentos sociais está se tornando cada vez mais dependente das tecnologias de comunicação, o que vai de encontro com a narrativa dos entrevistados que citaram que, com a popularização da internet eles puderam encontrar por iguais, através de blogs, redes sociais e os primórdios dessas redes que aconteciam através de listas de e-mail do Yahoo.

Foram 12 anos de absoluto isolamento em que eu trabalhava sozinho, praticamente sem referências, porque isso era a era pré-internet. Então não existia rede, não existia conexão, não existia contato, existia tão somente revistas, livros e coisas do gênero. E, claro, no lugar onde eu moro e onde eu atuava na época, não existia nenhuma referência profissional de um médico daqui que trabalhasse dessa forma ou que me orientasse ou que me dessem qualquer tipo de conselho ou orientação. Nada, zero. Todos os professores daquela época eram profundamente tecnocráticos, profundamente intervencionistas, profundamente arraigados numa visão obstétrica que eu rejeitava. Então eu tive nesses anos de 87 e de saída da residência até 1998, foram... Foi uma década, ou mais de uma década, de profundo, profundo isolamento. Eu não tinha ninguém com quem conversar. Veja bem, que imagina que tu tem uma ideia que te parece muito boa e tu não tem nenhum tipo de interlocução, nem o tipo não tem... não tem como telefonar para uma pessoa, não tem como conversar com elas, não tem como trocar

informações, estudos, artigos, nada, nada. Essas coisas existiam apenas dentro da minha cabeça. E aí, em 98, não. Eu encontrei outros. Outras pessoas que pensavam parto de uma forma diferente, alternativa. Quando eu entrei para a rede Humanização do parto nascimento, mas até então não. Então eu diria que eu comecei a trabalhar com humanização em 86, na residência. Quando eu comecei a adotar o parto de cócoras, aliás, eu fiquei famoso na cidade porque eu era o médico que atendia a parte de cócoras e que isso é um rudimento de humanização. Isso não é uma exceção, é um rudimento de humanização, mas foi a porta de entrada. Quando eu comecei a ler os livros do Moisés Paciornik e via as ideias dele, via lógica que ele utilizava para isso e comecei a implementar solitariamente. Era o único a pessoa que fazia isso num estado de 10 milhões de habitantes (ENTREVISTADO E1).

A humanização do parto eu procurava aqui, ali, na internet não era muito, muito boa ainda. Naquela época não tinha, era 2003. Isso não tinha. Em 2004 que começou o Orkut, por exemplo. Então não tinha redes sociais, não tinha um lugar para procurar, não existia Google ainda naquela época, acho que era o Yahoo! Sei lá, mas não tinha um negócio para procurar sobre humanização. E eu também nem tinha computador na época. Tinha na biblioteca da faculdade e tinha que reservar. Então não era fácil encontrar, né? Mas ok, eu gostei do tema a humanização do parto. Então fui aprendendo de orelhada, perguntando pra um para outro. Na minha faculdade tinha duas pessoas, principalmente, que me influenciaram bastante. [...] Esses dois professores me incentivaram muito porque ela era uma professora que era plantonista de uma maternidade secundária, que a gente dava plantão lá e ela já trabalhava assim. Ela era uma parteira nata, uma médica parteira. E tudo era parto normal e ia por parto normal, posições diferentes. E ela falava: “Não, ninguém manda, a gestante quem decide a posição, o jeito de fazer e tudo, é isso aí”. [...] Então eu descobri, descobri a América, descobri um lugar novo, diferente, então esse tema também me interessou muito, porque ninguém conhecia o que era humanização do parto. A primeira vez que eu fui convidado a fazer uma palestra de humanização do parto foi em 2003. Foi no ano em que eu era residente do primeiro ano. Os outros não tinham nunca nem ouvido falar o que era humanização. Eu tenho essa palestra até hoje no PowerPoint aqui, quando eu vejo a palestra, eu falo: “Nossa, cada coisa que eu falei hoje em dia eu fala de um monte de coisa diferente”, mas era o conceito que eu tinha naquela época do que era a humanização do parto. E aí, então eu fiz já a residência com esse olhar de humanização do parto (ENTREVISTADO E4).

Eu comecei a me informar porque eu queria ficar grávida e aí, quando eu fui para fazer a primeira pesquisa, eu caí aonde? Amigas do parto⁴ [Lista de discussão do Yahoo!] de cara eu não tinha nada além disso. E aí eu já fiquei louca, né? Porque na primeira pesquisa eu já vi que as coisas não seriam tão simples. E eu já entrei na lista de discussão e eu fiquei muito louca porque eu sou muito, eu sou muito indignada. Sabe essas coisas que está fora da ordem? Eu quero entender por quê e como é que a gente conserta o negócio. (ENTREVISTADA E2).

Para a entrevistada E3 o contato com a humanização surgiu através de pesquisas relacionadas às causas de mortalidade neonatal. Estudos que evidenciam uma melhora na qualidade à assistência obstétrica com diminuição de índices de morbidade, a levaram ao questionamento do paradigma dominante tecnocrata. Pesquisas já evidenciaram que países com menores intervenções no parto, são países com menores taxas de mortalidade materna e infantil, assim como complicações no parto (TORNQUIST, 2004). A OMS (1996, p. 5) ainda complementa que as intervenções quando necessárias, devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. Diversas técnicas e uso de medicamentos passaram a ser utilizados no parto, aumentando ainda mais a instrumentação e medicalização do mesmo. Porém, como cita Ullman (1991) todo o esforço crescente para proteger a mãe e o bebê, que levou a intervenções e manipulações do processo de parto, acabou por tornar o parto um evento traumático e perigoso. Além dos resultados empíricos que não eram animadores, uma nova cultura se formava a partir daí. Um constante medo, derivado principalmente de desfechos e experiências difíceis para a mulher, que era cortada (episiotomia), e exposta a um parto medicado e instrumentalizado (utilização de ocitocina sintética e uso de fórceps), o parto foi gradativamente deixado de ser sentido socialmente como um evento natural, para ser culturalmente reproduzido como algo perigoso e ainda mais difícil.

⁴ Inicialmente uma lista de divulgação eletrônica através de e-mail que posteriormente deu origem ao portal www.amigasdoparto.com.br, e ainda teve seus textos publicados no livro “Mulheres contam seus partos”, uma compilação de depoimentos de famílias atendidas por equipes humanizadas (NOGUEIRA E LESSA, 2004).

Para a entrevistada E3, ao estudar os dados de mortalidade neonatal, ela foi levada à questionar as práticas de nascimento no Brasil, e esse foi o caminho para entender a humanização do nascimento e a MBE como um caminho para obter melhores índices relativos a questão da mortalidade.

E 1985, eu estava na Regional de Saúde de São Paulo e fui convidada a fazer uma palestra no Hospital do Ipiranga. [...] Então fui na Biblioteca da Saúde Pública e fui pegar os dados de mortalidade perinatal [...] Então, calculei a mortalidade perinatal do Estado de São Paulo e comparei com Inglaterra e Gales. Veja, eu tinha feito saúde pública, eu tinha estudado com o livro do professor Ruy Laurenti, e naquele livro que eu tenho até hoje, dizia o seguinte: que você tem dois componentes da mortalidade infantil. Você tem a mortalidade infantil tardia, que é de 28 dias a um ano, e que a maior parte morre de diarreia, pneumonia e coisas adquiridas. E lá estava escrito que a mortalidade neonatal e de coisas intrínsecas à gestação e que não é possível reduzir. Só que a hora que eu peguei, assim, historicamente o estado de São Paulo, foram uns 20 anos que eu consegui dados e você percebia que as duas iam caindo em paralelo, sendo que a da Inglaterra estava uns 20 anos adiantada. Eu estou exagerando, não é tanto, mas assim você tinha uma paralela, as duas iam caindo. E a da Inglaterra sistematicamente estava mais baixo. Falei não é possível que isso seja algo que não dá para se fazer nada. Primeiro de tudo que a Inglaterra está mais baixa, e segundo, se as duas estão baixando, então tem um engano nesse livro e eu comecei a me interessar pelo tema de qualidade da assistência ao parto. Só para você saber, em 1985, ninguém questionava a qualidade da assistência médica. Era tabu. (ENTREVISTADA E3)

Goshal e Bruckman (2019) utilizam-se do modelo freiriano de um processo iterativo ou comunicação participativa para construção de novos modelos para explicar este movimento, que se trata de formar uma identidade coletiva, mover-se em direção à ação coletiva e engajar-se no diálogo reflexivo entre esses indivíduos, principalmente com a utilização das tecnologias da informação como veículo facilitador dessas interlocuções. Para os autores, o movimento de grassroots se concentra nas necessidades e requisitos práticos das comunidades locais e seguem uma abordagem ascendente de construção de movimento social (GOSHAL & BRUCKMAN, 2019, p. 18).

Ao ser questionada sobre a sua inclusão no movimento de humanização do parto, a entrevistada E5 cita que um dos fatores intrínsecos ocorreu pela experiência de nascimento dos seus filhos, há 21 anos atrás, onde ela pode perceber algo de incongruente na assistência recebida, representado também por um intervencionismo, que posteriormente ela entendeu como violência obstétrica, mas que foi uma força motriz para adentrar no campo, também com o auxílio da internet:

Isso faz 21 anos. Então, na verdade, não havia um movimento consistente ainda no Brasil. Eu não tinha a menor ideia de qual era a realidade do Brasil e estava numa outra área completamente diferente. E, na verdade, o movimento foi construído a partir da chegada da internet, que coincidiu com a época do nascimento dos meus filhos e outros que nasceram nessa época e foram organizando o movimento de forma mais efetiva. Antes disso, havia uma rede, mas era uma rede que se correspondia por nós. Não tínhamos correspondência fora antes da internet e o mundo era muito diferente. A internet possibilitou a aproximação dessas pessoas e a formação de uma rede efetiva, um movimento de que a gente chama de *grassroots*, que é raiz de grama. Aquele movimento que vai brotando por baixo do sistema e aparecendo em vários pontos se chama movimento de raiz de grama ou *grassroots movement*. Então, esse movimento de humanização surgiu nesse formato a partir do momento em que a gente teve a internet que possibilitou essas raízes se espalharem (ENTREVISTADA E5).

Em 2004, um estudo norte americano conduzido por Goer (2004) baseou-se neste movimento rizomático para mostrar a construção do movimento de humanização do nascimento através de uma amostra de 24 grupos de ativistas do nascimento o qual revelou semelhanças na emergência dessa nova lógica apesar das diferenças na cultura e nos sistemas de assistência obstétrica destes países:

Com poucas exceções, eles começaram com alguns indivíduos, geralmente mulheres, que estavam insatisfeitas ou zangadas com um sistema de gestão obstétrica que falhou em fornecer cuidados de maternidade seguros, eficazes e humanos, que suprimiu modelos alternativos de atendimento e profissionais não conformes, ou ambos. As respostas indicaram que as estruturas organizacionais tendem a se enquadrar em um número limitado de categorias, e as estratégias destinadas a realizar a reforma se sobrepõem

consideravelmente. Todos os grupos passaram por dificuldades decorrentes da hegemonia do manejo obstétrico convencional e da oposição ativa dos profissionais dentro desse modelo. A maioria dos grupos é baseada em voluntários, e todos lutam sob a desvantagem de recursos limitados em comparação com as forças dispostas contra eles e o alcance do que esperam realizar (GOER, 2004, p. 308).

Este estudo contemplou dentro da sua amostra, a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), objeto também desta pesquisa, contemplando grupos de outros países como Canadá, França, Holanda, Polónia, Uruguai, Estados Unidos entre outros, e também grupos internacionais como o CLAP Centro Latino-Americano de Perinatologia – CLAP-OPAS/OMS. Goer (2004) mostra uma semelhança que aponta tanto para a importância do movimento de base (*grassroots*) dos ativistas do nascimento quanto para a difusão dos graves problemas que eles procuravam corrigir. Esses processos serão evidenciados na seção 4.5 que trata das forças externas afins e contrárias à lógica dominante de assistência ao parto e nascimento. O estudo mostra que a maior parte dos grupos de ativistas foram iniciados através de mulheres como no caso da Entrevistada E5 anteriormente mostrado e E2 que pela sua experiência pessoal evidenciou necessidades de mudanças no atendimento obstétrico:

Eu comecei a me informar porque eu queria ficar grávida e aí, quando eu fui para fazer a primeira pesquisa, eu caí aonde? “Amigas do parto” [lista de discussão por e-mail do Yahoo] de cara, eu não tinha nada além disso. E aí eu já fiquei louca, né? Porque na primeira pesquisa eu já vi que as coisas não seriam tão simples. E eu já entrei na lista de discussão e eu fiquei muito, porque eu sou muito, eu sou muito indignada. Sabe essas coisas que está fora da ordem? Eu quero entender por que e como é que a gente conserta o negócio. E aí eu comecei a pesquisar para minha gravidez. Eu não tinha nenhuma intenção de trabalhar com isso. Só que aí eu acho que eles viram realmente um perfil ali e eles me ofereceram um curso de doula (ENTREVISTADA E2).

A entrevistada E2 acima, teve seu primeiro contato com a humanização através da internet, nas listas de discussões por e-mail ou fóruns do antigo

portal da Yahoo, onde textos, artigos e livros proporcionavam discussões entre mulheres e outras pessoas interessas, profissionais ou não, na humanização do parto e do nascimento. Além da maioria dos grupos estudados por Goer (2004) serem mulheres com este perfil, outra grande parte era formada por profissionais médicos e não médicos da assistência ao parto e nascimento, as exceções são a *Better Births Initiative* e a CLAP, ambas fundadas por médicos que desenvolveram projetos de demonstração com 30 anos de diferença em dois países (CLAP no Uruguai em 1970 e *Better Births Initiative* na África do Sul em 1999) (GOER, 2004, p. 311). No caso da ReHuNa, o movimento forma uma aliança entre ativistas do nascimento que incluem mulheres, pais, escritores, advogados, psicólogos, educadores de parto, doulas, parteiras e médicos, entre outros interessados.

Dando continuidade na contextualização inicial da análise de dados é importante salientar que tanto o processo de aprendizagem a partir da formação acadêmica quanto a desconstrução de uma lógica tecnocrata recai sobre alguns elementos que atuam de maneira a reforçar a lógica dominante frente à humanização da assistência obstétrica. O primeiro elemento trata-se da relação de poder como um dos elementos que são evidenciados no processo de humanização, enxergar o outro na relação de horizontalidade e como um indivíduo com escolha e desejos dentro de um relacionamento de troca profissional vs. paciente.

Eu quero dizer o seguinte eu terminei a faculdade de Medicina com uma cabeça bastante adaptada, aquele mundo da faculdade. Durante a residência, [...] o nascimento da minha filha foi a gota d'água. Depois que eu passei por aquilo e não foi nada de muito traumático, até foi. Mas as pequenas coisas da violência hospitalar, da violência médica, violência obstétrica, me pegaram muito. Aquilo foi uma repactuação muito forte, que na época eu não percebia. Eu só fui percebendo muito tempo depois e nesse período eu comecei a ler muito e comecei a procurar muito artigo. Primeiro eu procurava só sobre essa ideia quase ingênua, de parto de cócoras, porque eu tinha essa ingenuidade de que aquilo ali tinha alguma importância (ENTREVISTADO E1).

Neste momento, o entrevistado E1 demonstra que obtinha trechos de uma prática discursiva da humanização, mas que ainda, ele não conseguia entender quais as origens, fundamentos e reverberações de tais discursos. Porém eles já começavam a constituir uma prática de discurso em si que além, encontraria correlações, como explicitado na transcrição a seguir:

Na verdade, o parto de cócoras é simplesmente uma forma de que já é estudada, de facilitar o nascimento de um bebê, colocando numa posição mais adequada. Mas aquilo ali não era o centro da humanização do nascimento. A humanização do nascimento tem um fato que aconteceu alguns anos depois que eu descrevo no meu, no meu primeiro livro, que foi uma entrevista que eu fui fazendo na televisão, que no Dia do Índio, no dia 19 de abril, me chamaram para falar do parto de índio, que hoje em dia seria considerado até uma coisa desrespeitosa, chamar um obstetra no Dia do Índio para falar sobre parto de índio, dizendo que parto de cócoras é coisa de índio, que é uma estupidez e uma burrice. Mas tudo bem. Naquela época, isso não me parecia tão escandaloso. E eu fui falar no programa e a mulher no programa olhou pra mim assim: “Ah, então o senhor é o médico que faz o parto de cócoras”. E quando ela me disse aquilo, eu fiquei chocado porque pela primeira vez eu escutava aquilo e aquilo reverbera na minha cabeça. Eu fiquei, eu fiquei, eu olhei para ela e disse: “Sim, não, não, não sou eu”. E a mulher ficou em pânico, começou a revirar os papéis na frente dela, como se estivesse entrevistando a pessoa errada... “Mas não é você que faz o parto de cócoras?” e eu disse: “Não minha flor, quem faz os partos são as mulheres. Eu atendo, partos. Eu gostaria que tu entendesses o que eu estou respondendo” (ENTREVISTADO E1).

E então, temos um exemplo da função do discurso na prática do empreendedorismo institucional, enquanto construção de uma lógica. A mesma prática do discurso, atuou, em um primeiro momento, na construção da lógica tecnocrata, a partir da construção de uma narrativa discursiva onde naturaliza-se que o médico faz partos, ou que cirurgias cesarianas são um tipo de parto, na tentativa de naturalizar a captura do natural pelo mecânico, pela tecnologia. Qual é a função através do discurso de dizer que o médico faz partos? Trata-se de uma forma de colocá-lo a partir da linguagem em uma posição de poder sobre o evento: se ele faz o parto, ele decide como fazer, pois, obtém o conhecimento técnico e a legitimação do exercício de escolha sobre como agir.

Assim, o discurso fortalece a prática e o sentido das práticas dentro do campo institucional, atuando como forças que atuam positivamente ou negativamente perante a lógica institucional. No entanto, a partir no reconhecimento de conflito entre lógicas institucionais, que Foucault chama de “obstáculo epistemológico”, ou seja, quando resquícios de discursos anteriores podem atuar contra o surgimento de uma nova lógica ou de um novo conhecimento, onde a episteme tenta abrir caminho (ALBANO, 2007, p. 15). Como dito, é possível perceber que muitas vezes a prática de discurso tecnocrata, por exemplo, não atende a função linguística em outra lógica, como a da humanização, como o entrevistado E1 continua a seguir:

Aí caiu, claro, com o perdão da expressão de velho, aí caiu a ficha, porque naquele momento eu disse assim: “A posição de cócoras é a coisa menos importante. O importante aqui é quem decide essa posição e até então não tinha noção disso. Ou então era uma noção muito vaga, entendeu?” Tipo assim, se uma mulher quiser uma posição de cócoras, nós até permitimos, entende? Isto é, a mulher, o corpo dela, continuava sendo uma posse, que o que nós médicos dispúnhamos da forma como a gente queria aquilo. Então eu consegui pela primeira vez perceber nitidamente que o centro da humanização do nascimento era a garantia do protagonismo à mulher, que nós só conseguiríamos sem o que eu estava fazendo que era a sofisticação de tutela. Isso é, a gente mantém a tutela, mas a gente sofistica ela, deixa mais bonitinho, mais arrumadinho. É como se te dissesse o seguinte: “A única coisa decente a se fazer pela escravidão é acabar com ela”. Mas no máximo, o que a gente pode conseguir uma sofisticação de tutela. Isso é: “A gente melhora a senzala, a gente alimenta melhor os escravos...” e não, tudo isso é só sofisticação de tutela, porque a tutela se mantém. Então, nós mantínhamos uma tutela rígida, violenta sobre o corpo das mulheres. E aí é que eu fui entender que tudo isso tinha a ver com o controle da sexualidade feminina, que é uma das coisas mais essenciais e fundamentais do patriarcado (ENTREVISTADO E1).

E assim foi possível perceber o quanto da prática discursiva desterritorializou o parto e os corpos femininos a partir da apreensão, não somente do parto, mas como também do corpo feminino pela ciência moderna. Naturaliza-se a partir da linguagem que o parto pode ocorrer via cirúrgica, mesmo descaracterizando-o enquanto evento biopsicossocial, como evento

familiar e até mesmo sexual pertencente ao corpo feminino. Desloca-se a relação de poder para quem detém o conhecimento ou o poder-saber para conduzir tal evento, ou seja, o médico. Retirando-se assim, a capacidade de protagonismo feminino. Outras reverberações das práticas discursivas criadas a partir de uma construção de narrativas na 1ª mudança institucional (natural vs. tecnocrata) ocorreram na objetificação do corpo feminino, como parte de um processo cujo o nascimento de um bebê é o produto final. A objetificação do corpo feminino, atrelado ao deslocamento de poder centralizado na figura do médico, ainda permite a naturalização de práticas reconhecidas como violências obstétricas, como evidenciado:

Então eu tenho 45 anos de formada e me lembro assim, me marcou uma vez na sala de parto, que eu estava assistindo a uma mulher e a auxiliar e o atendente de enfermagem ali atrás vira quando a mulher está reclamando e diz: “Na hora de fazer você não gritou assim!”. E isso para mim hoje é importante, porque eu discuti isso com um ginecologista recentemente, contei essa história, ele disse: “E quem não ouviu isso na formação?” Então, o que a gente percebe é que essa violência implícita nesse comentário faz parte do processo de formação. Mas naquela época eu não tive esse estranhamento. Eu só registrei e falei: “Ah que interessante”, porque como estudante adora uma relação de poder, porque, afinal, você ainda está subordinado (ENTREVISTADA E3).

Ladeira e Borges (2022) mostram o uso da linguagem como facilitadora de práticas que permitem o deslocamento de um corpo livre para o aprisionamento através da sujeição, estruturada através da linguagem, dos valores morais e da cultura, como ocorre na relação de sujeição construída no modelo tecnocrata. O excerto a seguir mostra como a construção de uma narrativa pode construir de forma insidiosa a via da lógica tecnocrata, como uma “opção” não decorrente de uma escolha consciente e informada, mas enviesada pela relação de poder médico vs. paciente:

Você tem uma fração da população que é quem tem acesso à internet, evidências científicas e uma classe média, vamos dizer, mais esclarecida, que tenha alavancado o movimento. Aí você tem a imensa maioria das

mulheres que até pode querer um parto normal, mesmo no plano de saúde. Na publicação da Nascer no Brasil e numa outra publicação ANS tem que o pessoal da Saúde Suplementar começa a gravidez com 70% querendo o parto vaginal. E no final da gravidez há 70% querendo cesárea. Se a taxa de cesárea na saúde suplementar é 85%, mesmo aqueles 30% que querem parto vaginal não conseguem. Então, em parte é falta de acesso. Em parte, existe uma relação de poder do obstetra, que insidiosamente vai construindo a narrativa da cesárea ao longo do pré-natal. (ENTREVISTADA E3)

Outro elemento evidenciado é a lógica de mercado, que movimenta uma estrutura onde processos fisiológicos necessitam ser encaixados em uma lógica de produção para que seja possível o gerenciamento através de planejamento e controle dos processos.

Na esfera privada, aí eu vou dividir em dois cenários. As instituições que são filantrópicas, sem fins lucrativos, daquelas que têm fins lucrativos, porque são dois cenários e é isso que determina o que está acontecendo aquele cenário. Nas instituições que são sem fins lucrativos, ou seja, não é o lucro que embasa as decisões. Então tem outra coisa que embasa quais são essas? Outra coisa é a segurança do paciente e a segurança do paciente está ligada às evidências científicas mais atuais, às melhores evidências científicas. Então, nessas instituições, que são sem fins lucrativos, o alicerce das decisões ali dentro está envolvido. Está relacionado à evidência científica. E aí, quando a gente extrapola um pouco das evidências, a gente vai falar da medicina baseada em evidências, que daí já vai juntar mais coisas, juntar evidência científica com a opinião do paciente, com a experiência clínica de cada profissional. E é essa tríade que faz com que a coisa aconteça (ENTREVISTADO E4).

Tanto o poder quanto o mercado se entrelaçam quando o vislumbre de soluções para que a lógica da humanização se estabeleça enquanto empreendimento gerenciável e adepto às questões de produtividade recaem na necessidade de uma mudança tanto na estrutura produtiva, com a descentralização do poder médico à um trabalho multidisciplinar quanto na estrutura de mercado, através da demanda de mulheres que procurem ofertas de assistência obstétrica que legitimem a lógica de humanização.

No modelo hegemônico, o parto tradicional não é uma palavra muito boa, porque as pessoas utilizam muito o parto tradicional, como o parto da tradição. E seria exatamente o oposto do que a gente diz agora. Mas o parto hegemônico ou o modelo tecnocrático que nós temos hoje em dia, ele é baseado na figura do médico, portanto, ele é etnocêntrico, é baseado na doença. Se é um médico, tem sempre na cabeça, a patologia. Isso é centrado no médico e ele é hospitalocêntrico, centrado no hospital. Portanto, a tomada de decisão e também as responsabilidades são todas do médico. Então, o médico também é o mandão desse parto. Mas, por outro lado, qualquer coisa que acontece e a culpa é dele. Eu sou médico e sou cobrado depois por isso. Evidentemente que esse modelo funciona. É um modelo vertical, é um modelo autoritário de atenção, para onde as decisões estão todas centradas na figura de um profissional. (ENTREVISTADO E1).

Moghasemi *et al.* (2018) citam que modelos de cuidados de obstetrícia devem corresponder à cultura, às crenças e aos conhecimentos nativos de cada região e à proteção constante da segurança das mães durante o parto. Neste estudo, os autores reconhecem que no Irã, ocorre a negligência da importância das parteiras ou enfermeiras obstétricas e atribuem a essa negligência além de outras deficiências do modelo assistencial obstétrico, como modelo biomédico, medicalização excessiva, falta de apoio ao parto natural entre outros, o que coloca o país na 1ª posição de maiores taxas de cesarianas do mundo, uma posição acima do Brasil. Esse modelo de atendimento individual e abordagem holística de equipes multidisciplinares com cuidados de parteiras ou enfermeiras obstétricas também é falho no Brasil, o modelo obstétrico brasileiro atual traz a centralização em uma figura médica e a atuação de enfermeiras obstétricas no geral acaba sendo de auxílio, isso quando existe.

O melhor resultado é trabalhando em equipe, tal poder descentralizado. Então eu quero isso, a pessoa entende, vai embora. Agora, a pessoa que tem o ego pessoal de que ele quer mandar, ele que é o doutor com um jaleco com uma gravata, sentar numa cadeira lá em cima, mostrando que manda em tudo essa pessoa ela só vai. Ela. Esse tipo de coisa só vai ser resolvido o dia que essa pessoa se aposentar, ou essa pessoa morrer, ou essa pessoa for presa ou quando lá na formação, a promessa já não for essa, de que um médico não é o que manda em tudo que, a cultura agora é outra cultura. A

descentralização é o caminho da saúde. Em geral, médico é apenas mais uma peça da equipe. Estamos todos juntos aqui para juntos, juntarem as todas as peças para o resultado final. (ENTREVISTADO E4).

Eles [médicos] vão estar dentro de um hospital no centro obstétrico para tratar de hipertensão arterial sistêmica, de pré-eclâmpsia, de diabetes gestacional e para fazer a cesariana, que é o que o médico sabe fazer. O médico sabe fazer isso. Agora, toda a mulher, tem que estar na mão de enfermeiras e de pessoas que entendam da arte e da ciência, da atenção ao parto normal, coisa que os médicos ignoram, não conhecem na imensa maioria. E é por isso que, por desconhecer, por não gostar e por não suportar parto, eles tentam transformar toda mulher que está grávida numa paciente cirúrgica. Então hoje em dia eu não assisto projetos revisionistas. Os projetos revisionistas não funcionam, não funciona. Educar médico não funciona. Ensinar médico não funciona. Proibir médico não funciona. Punir médico. Nada disso funciona é porque os médicos não são os profissionais adequados para atenção ao parto. Isso tem que estar na mão das enfermeiras. Eu digo isso há 20 anos (ENTREVISTADO E1).

Quando falamos de gestante de baixo risco, não há equipes multidisciplinares de atendimento ao parto, com descentralização médica, seja no SUS ou em instituições privadas, nem um atendimento contínuo das parteiras da gestação até o puerpério (salvo exceções de contratos particulares a equipes multidisciplinares ou tratamento público nas Casas de Parto). Em sistemas de plantões, na maioria das vezes a gestante pode chegar ao hospital em trabalho de parto e ser atendida por uma equipe sem nenhuma familiaridade com a sua história.

5.2 AGENTES (EMPREENDEDORES INSTITUCIONAIS) NA EMERGÊNCIA DA NOVA LÓGICA INSTITUCIONAL DE PARTO HUMANIZADO

Durante o processo de emergência de uma lógica institucional caracterizada pela humanização da assistência ao parto e nascimento no Brasil, os agentes entrevistados se mostraram determinantes para que novas

práticas fossem percebidas, aprendidas e institucionalizadas através de movimentos de educação, de formação, políticos e sociais. Movimentos intrínsecos a cada agente proporcionaram ao campo a agregação de conhecimentos baseados na ciência e conseqüentemente, na Medicina baseada em Evidências (MBE), na internacionalização de práticas já existentes em países cujo campo da assistência obstétrica encontra-se com a lógica humanizada institucionalmente mais madura e ainda, na elaboração e provocação de novos campos regulatórios, normativos e cultural-cognitivos resultantes em políticas públicas, manuais, diretrizes e mudança na formação de profissionais diante das evidências científicas que convidam à humanização da assistência em quaisquer campos da saúde, e conseqüentemente, da assistência à gestação, parto e nascimento.

Este estudo direcionou-se ao encontro de agentes que institucionalmente, através da ReHuNa – Rede de Humanização do Parto e do Nascimento uniram forças para que juntos pudessem realizar o enfrentamento a uma lógica madura no campo institucional, que é a lógica da assistência tecnocrática, medicalizada e intervencionista. Como mostrado nos processos metodológicos da pesquisa, cinco agentes empreendedores se destacam por meio de uma atuação diferenciada dentro do movimento realizado pela ReHuNa, e assim é possível a atribuição de papéis a cada um desses atores. O conceito de papéis pode ser explicado, pela ideia de posicionamento de Giddens (2003, p.97), enquanto uma estruturação permeada de significação, dominação e legitimação, que ajudam a formar a identidade do agente, e de certa forma moldar as expectativas em relação a ele no que se refere à atenção as questões normativas e comportamentais, assim como os valores atrelados a este papel.

A este respeito, foram atribuídos papéis aos empreendedores institucionais haja vista que existe uma expectativa de representação de cada indivíduo perante às instituições a quais fazem parte, de tal modo que podemos denominá-los atores institucionais devido a tais representações. Contudo, sem descaracterizá-los como agentes, que não apenas representam papéis, mas ainda agem por motivações intrínsecas a cada indivíduo trazendo multiplicidades e inovações à um campo institucional de maneira a criá-lo e

recriá-lo de forma contínua e inovadora através de suas ações (agentes) e representações (atores). Giddens (2003, p.98), descreve o papel como um “roteiro que está escrito, o palco está montado e os atores desempenham o melhor que podem os papéis preparados por eles”. No entanto conforme explicita o autor, não desempenho de alguns pontos de vista não denota rejeição do papel, mas sim um posicionamento do agente diante dessa expectativa social, pois essa posição social ocupada por meio dos papéis faz com que o ator seja portador de uma série de prerrogativas e obrigações associadas.

Os discursos representados na análise de dados remeteram à cinco papéis distintos, representados no Quadro 6, que foram denominados de Revolucionário, Estrategista, Aprendiz, Multiplicador e Liderança/Empreendedora.

Quadro 6 – Distribuição de papéis exercidos dentro do movimento de humanização do parto e do nascimento.

Entrevistado(a)	Atuação	Papel no Movimento
E1	Médico ginecologista, obstetra e homeopata.	Revolucionário
E2	Doula.	Aprendiz/Multiplicador
E3	Médica sanitaria e epidemiologista, professora universitária e agente político.	Estrategista
E4	Médico ginecologista e obstetra e palestrante/empresário para profissionais da humanização.	Comunicador

E5	Obstetriz.	Liderança/Empreendedora
----	------------	-------------------------

Fonte: Elaborado pela autora

A atribuição de tais papéis foi exercida através da análise dos discursos, pela utilização de análises de falas e de contextos que evidenciam a personalidade dos entrevistados por eles mesmo e por citações dos seus colegas de campo. A forma como foram identificados ocorreu principalmente nos discursos que mostraram por qual caminho contribuíram na construção de uma nova lógica. No entanto, como cita Giddens (2003), por mais que um papel auxilie em uma representação social o mesmo é imbuído de características e escolhas daquele que o exerce, não prevalecendo uma mera atuação, mas como essas características pessoais podem se travestir de expectativas dentro de um campo onde diversos papéis estão distribuídos visando um bom desenvolvimento da lógica.

Começando pelo entrevistado E1, o qual teve um papel caracterizado como revolucionador através da análise do seu discurso. Esse papel foi delineado a partir do reconhecimento desde características intrínsecas, como a personalidade até mesmo práticas dentro do campo, no qual o ator deixa claro que não atende às práticas revisionárias, como citado também no item anterior (5.1) deste capítulo.

Existem duas vertentes, existem os modelos revisionistas e os modelos revolucionários. [...] Eu na obstetrícia, durante boa parte da minha vida eu fui um obstetra revisionista. Isto é, eu acho que a gente tem que educar os médicos. A gente tem que melhorar os centros obstétricos, a gente tem que fazer formação continuada com médicos. A gente tem que ensinar a humanização do nascimento para os médicos. A gente tem que discutir práticas perigosas e não adequadas com os médicos... Isso é uma prática, isso é uma postura revisionista. Alguns, alguns bastante anos atrás, eu abandonei totalmente essa perspectiva e eu sou da perspectiva revolucionária. Eu acho que tem que revolucionar o atendimento ao parto. E a revolução no atendimento ao parto é basicamente retirar o parto da mão

dos médicos, porque os médicos são os piores profissionais possíveis para dar conta de parto (ENTREVISTADO E1).

Para o mesmo, a única forma de acabar com o autoritarismo de poder e a lógica de mercado que caracterizam boa parte da lógica tecnicista é, não a procura de melhorias, como ele chama de “sofisticação de tutela”, mas sim acabar com uma estrutura que não se mostra mais adequada à lógica da humanização:

Eu sou o radical, eu na realidade, eu fui o ‘boi de piranha’. Eu fui o primeiro. Eu rompi todas as barreiras, todas elas, e levei tiro de tudo que é lado, todos possíveis: por parte dos colegas, por parte de pessoas, por parte da mídia. Eu fui atacado de todos os lados, mas eu nunca me importei com isso porque eu sabia que essa era minha profissão. Eu sabia que alguém tinha que fazer isso, alguém tinha que pendurar o sininho no pescoço do gato. E tinha que ser eu, porque eu tenho temperamento para isso. Eu tenho coragem para isso. Meu pai sempre dizia isso para mim: que eu sou o *kamikaze*. Vou lá e me sacrifico em nome de uma ideia. Então os hospitais, nunca vai ter um hospital que vai ter vai me homenagear. Não agora, daqui a 100 anos pode ser, mas agora não. Mas o que a gente vê é o seguinte muitas práticas foram mudadas em hospital por causa da minha intervenção. A presença das doulas, as banquetas de parto de cócoras, a não realização de episiotomia de rotina, a abolição do *kristeller*, coisas que eu falava há 30 anos atrás, o corte *temprano* do cordão umbilical e esperar o cordão parar de bater, a manutenção do bebê pele a pele, a amamentação imediata ou o quanto antes do bebê com a mãe, a diminuição da luz. Então essas coisas estão sendo feitas agora, mas ninguém diz assim que foi por minha causa. Mas eu sei que eu incomodei essas pessoas anos e anos e anos a fio (ENTREVISTADO E1).

O entrevistado E1 se autodenomina como revolucionário e é percebido de tal forma pelos seus colegas de campo. Trata-se do entrevistado com maior tempo de atuação, onde durante sua dedicação à assistência obstétrica ele tentou de inúmeras formas uma performance revisionista, como ele explica, de melhoria das condições de assistência obstétrica. No entanto, é possível perceber que nos últimos anos ele pensa na mudança institucional de forma revolucionária, ou seja, é todo o sistema que tem que mudar, de forma que não

seja mais aceito (nos âmbitos de mercado, de instituições e de ações regulativas) a performance tecnocrata de assistência ao parto.

Já a entrevistada E3, que desempenha o papel de Estrategista do movimento, performa um papel de negociadora de melhorias contínuas através de estratégias de alianças institucionais e legitimação através dessas alianças, da construção de uma visibilidade que influencia o desenvolvimento cultural-cognitivo da sociedade em relação às práticas humanizadas, entre outros. Esse papel foi evidenciado através do seu discurso, por diversas vezes, ao mostrar que ela busca um diálogo entre as partes. Outra estratégia utilizada pela entrevistada E3 é trazer para o debate acerca da humanização do nascimento temas como a atribuição de poder e conseqüentemente a atribuição de responsabilidades àqueles que detém o poder. Tais conceitos se relacionam entre si, uma vez que a humanização do nascimento é uma responsabilidade de instituições que detém autoridade sobre o assunto (Ministério da Saúde, FEBRASGO, CFM, OPAS, OMS), e conseqüentemente, detém o poder-saber foucaultiano de estabelecer um posicionamento e condutas adequadas que promovam a humanização. O conceito de biopolítica de Foucault (1979) disserta sobre uma normatização da vida através de uma racionalidade governamental, através de regulamentos, normativas e conscientização sobre os saberes relacionados ao corpo e seus fenômenos. Uma forma de atuação política e estratégica pode ser devolvida ao Estado em forma de responsabilidade sobre como o Estado pode e deve se posicionar afim de adequar-se às práticas relacionadas à lógica da humanização em detrimento da lógica tecnocrata uma vez que esta, apesar de trazer um bem estar econômico, como será evidenciado adiante, não traz benefícios aos usuários do sistema de saúde como um todo. O excerto a seguir, mostra como a entrevistada E3, faz alianças com outras instituições legitimadas dentro o campo, como a FEBRASGO e FIGO para participarem das ações propostas pelo movimento de humanização do parto e do nascimento:

A gente conseguiu que a FEBRASGO estivesse presente na IV Conferência Internacional de Humanização do Parto Nascimento. A isca para trazer eles foi dizer que a gente estava trazendo alguém da FIGO, da Federação Internacional de Ginecologia Obstetrícia. E que não seria elegante a gente fazer a recepção. Eu gostaria de ter alguém da FEBRASGO coordenando

aquela mesa. Para fazer essa recepção do cara do Figo. E eles vieram (ENTREVISTADA E3).

O conceito de alianças estratégicas na emergência de novas lógicas surgiu através do discurso analisado neste trabalho, de tal forma que não compôs o referencial teórico presente. Para evidenciar a estratégia como uma resposta da pesquisa e não como uma investigação própria do trabalho, este e outros conceitos são discutidos e elaborados à medida que surgem através do discurso. De acordo com Dacin, Oliver e Roy (2006), alianças estratégicas podem ser definidas como

Relações voluntárias de curto ou longo prazo entre organizações relacionadas a uma ou mais áreas de atividade – como entrada no mercado, aquisição de habilidades ou intercâmbio tecnológico – nas quais ambas as partes regulam sua conduta futura *ex ante* por meio de tolerância mútua e mecanismos contratuais mais ou menos formalmente especificados (DACIN, OLIVER & ROY, 2006, p. 170).

A elaboração de alianças institucionais era um ponto de partida da empreendedora institucional em destaque (E3), uma vez que através dessas alianças que ela conseguia mais legitimidade para o campo. Colocando instituições que muitas vezes se posicionam na lógica tecnocrata para debater questões importantes sobre a ciência médica e que invariavelmente recaem sobre a necessidade de humanização do atendimento. Conseguir realizar estratégias de aliança dentro de um campo institucional traz vantagens para a entrada em novos mercados, que é o caso da lógica da humanização e reduz barreiras, como por exemplo atuar em um campo onde práticas conflitantes estão em exercício através da lógica tecnocrata. Dacin, Oliver e Roy (2006) trazem em seu artigo a importância da utilização de formação de alianças como estratégia de conseguir legitimidade dentro do campo. Além do pensamento estratégico, a entrevistada E3 mostrava perseverança nas tentativas de alcançar esse espaço de diálogo com demais instituições no campo, o trecho a seguir mostra sua performance para trazer o CFM para participar de um dos eventos promovidos pelo movimento:

Em 2010 eu liguei e mandei convite para o Conselho Federal de Medicina. Foi ignorada. Passei a telefonar e não conseguia falar com ninguém. Um dia eu fui lá assim: “Eu queria protocolar esse convite”. Aqui vai naquela janelinha lá: “eu quero falar com alguém”, me botaram pra falar com a gerente. Aí eu comecei: “Olha, eu tenho história. Quando eu era do Estado de São Paulo, eu colaborei no Manual de ética em ginecologia obstetrícia. Escrevi capítulo quando o Conselho Federal de Medicina fez a campanha pelo parto normal, em 1998. A gente participou. A gente tem uma relação. Eu estou organizando esse evento e eu queria que alguém do Conselho Federal de Medicina participasse”. Aí ela falou: “Isso é muito complexo pra mim. É melhor você falar com secretário geral, que é um dos médicos”. E eu fui falar com ele e ele vira e disse assim: “Fique tranquila que vai ter alguém do Conselho Federal de Medicina” (ENTREVISTADA E3).

A entrevistada ainda elabora através do seu discurso que tem a consciência desse papel e como o mesmo foi importante na construção do movimento, principalmente ao se unir com instituições e com o Estado para que políticas públicas fossem pensadas mais efetivamente:

Então eu creio que o meu papel como movimento social é apontar principalmente caminhos. Eu não gosto de jogar, tacar paus e pedras. Você não vai me ver criticando publicamente as pessoas e eu trago a briga para o campo das ideias e gosto de apontar caminhos. [...] Quando eu digo que eu sou o pensamento estratégico do movimento, é isso. A gente pensa coisa que ninguém pensa. Como é que eu chamo a FEBRASGO? Como é que eu chamo a FIGO? Como é que eu chamo? Ninguém vai humanizar sem eles? Sabe, Francielli? Se a gente não botar máscara e se eu não abrir um canal de diálogo com os obstetras, com a FEBRASGO? Como é que eles vão saber o que eu estou propondo? Sabe? Então, eu tenho que fazer isso (ENTREVISTADA E3).

O trecho acima novamente evidencia a necessidade de criar estratégias e firmar alianças, mesmo com indivíduos e/ou instituições que possam se situar, em determinado momento no tempo (características de instituições políticas) que se situem de maneira mais próxima a lógica conflitante. A fala traz a FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) e a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia)

como instituições que ainda representam e legitimam a lógica tecnocrata, porém que exercem pressão e movimentos que acabam por direcionar a prática de muitos profissionais. O movimento realizado pela ReHuNa também firmou alianças importantes no campo estratégico ao trazer informações da MBE e contribuições para a elaboração de políticas públicas:

Nos anos 90, uma das coisas que eu cheguei à conclusão é que tinha tanto para fazer. Eu ia ter que estar em todo e acabei sendo. Então eu sou pesquisadora, eu sou professora, eu sou ativista. A gente escreveu material educativo, a gente fez pesquisa. [...] E eu acho que uma das conquistas do movimento é que hoje em dia a gente faz ciência, a gente escreve, a gente publica. Então acho que o movimento tem essa potência que pode inclusive de estar na Cochrane. Tem gente que publica e a Cochrane se apropria para fazer as recomendações. Então tem algumas coisas que eu acho que o movimento foi fantástico. [...] Então a gente foi meio que responsável por isso de dizer tem que fazer o pacote inteiro. Tem que mudar tudo. [...] Além de traduzir para o português e colocar naquele pacote do PHPN [...] então esse foi o pacote que o ministério lançou junto com PHPN. (ENTREVISTADA E3).

Aos poucos as práticas exercidas pelos empreendedores institucionais passam a produzir resultados, alguns como o estabelecimento de políticas públicas, elaboração de resoluções, projetos de lei entre outros, produzem uma percepção mais imediata do desempenho da lógica da humanização enquanto novo empreendimento, outros produtos, como a elaboração de uma mudança cultural cognitiva na sociedade, apesar de também produzir resultados ao longo do tempo, tratam-se de resultados intangíveis e de difícil mensuração a curto prazo. No excerto anterior, a entrevistada E3 trouxe ao diálogo o PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do MS (BRASIL, 2000). Este documento citado pela entrevistada E3 foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, e disserta sobre práticas que visam a redução das taxas de morbidade materna e neonatal no Brasil, medidas que asseguram a melhoria na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal e ainda ampliar investimentos do MS à assistência obstétrica e neonatal assim como a implantação de ações como Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais e outras capacitações:

O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000, p. 5 e 6).

Apesar da conquista do movimento através da publicação do PHPN fruto das práticas, estudos e intervenções dos agentes do movimento da humanização do parto e nascimento, a entrevistada E3 cita um momento que no dia da publicação do PHPN (Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento) do MS, o então representante da FEBRASGO surgiu no evento distribuindo um material próprio que ia na contramão de tais publicações do programa de humanização:

[No lançamento do PHPN] ele entregou pra mim um livrinho escrito sobre o pré natal. Então é assim. O que o ministério tinha conseguido? O ministério tinha conseguido que a Febrasgo endossasse todas aquelas publicações. [...] Qual era o recado que o [ele] estava dando quando ele distribuía aquele livrinho no dia que o Ministério da Saúde lança todas aquelas publicações? No meu entender era 'olha o ministério...' no que eu abri aquele livrinho e era assim. Cada um que escrevia, escrevia do seu achômetro. Então o recado era 'olha, nós obstetras, vamos continuar fazendo do jeito como a gente acha que tem que fazer. Não me interessa que o ministério tá...' Então isso, no ano 2000 eu acho que é importante, porque você está na perspectiva da

administração, sim, é um recado importante que a gente recebeu. 'Não tem, não preciso ter evidências científicas. Eu faço'. Ou, como dizia o meu amigo, que foi muito importante em Santa Catarina, que foi junto com a gente coordenador da ReHuNa, 'eles praticam medicina baseada em eminências'.

É importante evidenciar que o confronto entre instituições paralelas muitas vezes torna-se inconfundível, inclusive por situações de conflitos que também são evidenciadas neste trabalho e principalmente quando tratamos de instituições políticas que podem ter posicionamentos e condutas diferenciadas entre as gestões, mas que de qualquer forma era importante para a entrevistada E3 manter por perto, para endossar o movimento ou para aprender com ele.

Quando é relacionado o exercício de um papel à personalidade individual daquele ator, é possível evidenciar que fatores intrínsecos à personalidade são presentes em outros momentos da sua atuação. A entrevistada E3 cita o seu papel estrategista de conciliador entre lógicas conflitantes em outros momentos como na sua formação acadêmica:

Eu fiz uma faculdade muito boa e eu tive professores excelentes. Eu acho que no processo de formação não havia muito a questionar, mas eu era liderança. Quando a gente foi fazer a reforma do currículo da medicina na Unicamp, fui eu quem cabeceei lá. Eu era tímida, tinha, mas tinha aquela coisa do sabe o que eu estou te dizendo aqui. Eu sei o que precisa ser feito. Eu saio fazendo isso. É uma coisa que sempre eu fiz. Então, eu acabei tendo acesso ao reitor da Unicamp e fui pedir ajuda dizendo 'Olha, o nosso internato já tá direcionando para as especialidades e a gente precisaria ter um internato que é generalista, porque nós precisamos de mais generalistas no Brasil'. Olha lá em 1975, isso 74. E daí? A gente até pode ter um semestre na especialidade, mas seria importante que o internato, todo mundo passasse pelas várias especialidades para se apropriar desse conhecimento. E a gente, o reitor, foi na faculdade de medicina e para bater o pau na mesa e mudou (ENTREVISTADA E3).

Outro papel evidenciado no campo foi o de comunicador, conforme Quadro 6. Como explicação para a sua atuação dentro do campo, o

entrevistado E4 evidenciou que sua motivação no campo racional para o exercício de um papel dentro da humanização aconteceu através da comunicação e da empatia com o próximo. Esses traços foram evidenciados pelo próprio entrevistado E4 como parte da sua personalidade, e que proporcionou um olhar diferenciado para o campo da assistência ao parto e nascimento. Ele cita que já trazia consigo, como parte da sua personalidade, elementos humanizadores e um questionamento às práticas excessivamente tecnocráticas, como mostrado a seguir:

Eu sempre falei que medicina poderia ser uma profissão para eu fazer, porque eu gostava de ajudar pessoas. Eu faço isso desde adolescente. Mas aí eu caminhei por algumas possibilidades. Eu pensei em fazer arquitetura. Pensei em fazer trabalhar com TV, que eu gosto muito de comunicação. Mas aí no fim, eu fui para medicina, porque eu gostava muito ajudar pessoas. Aí, no segundo ano da medicina, que foi em 1998, na disciplina de psicologia, que era uma disciplina obrigatória, a professora passou um vídeo, um filme que era o "Patch Adams, O amor é contagioso", que você sabe qual é esse filme? Que mostra a história de um médico americano que era contra o sistema tecnocrático e que olhava o paciente de uma forma diferente, não de forma passiva, como o nome paciente diz, e sim de forma ativa, chamando pelo nome e tratando com humanização. Naquele momento eu me encantei muito por essa vertente. Eu falei "É isso aqui. Por isso que eu resolvi fazer medicina por um caminho como esse, porque eu acredito muito que um ser humano pode ajudar o outro". Assim como várias profissões, cada um tem a sua função. A medicina tem a função de ajudar a outro ser humano, a resolver problemas de saúde, prevenir problemas de saúde. Então me encantei muito com essa coisa, com esse olhar humanizado da medicina. Então, desde o segundo ano da faculdade que tudo o que era relacionado à humanização me interessava e aí eu já me ligava de alguma forma a esses temas. Eu não tinha a menor ideia que eu iria fazer ginecologia obstetrícia (ENTREVISTADO E4).

Assim, para este empreendedor institucional foi atribuído o papel de Comunicador, que já havia sido delineado por ele no início da sua carreira médica quando ele, através dos seus discursos evidenciava que a principal demanda para a humanização precisava surgir das mulheres, mas para que

elas tenham esse poder de discussão sobre seu corpo e seu funcionamento, elas precisam de informação para que a escolha informada seja exercida.

A primeira etapa foi informação e a segunda foi defender a mulher. Terceiro, foi defender o bebê e hoje eu acho que estou numa outra etapa. Hoje, pelo tempo de carreira que eu estou na metade da minha carreira, talvez se tiver 40 anos, eu estou com 20, então estou na metade da minha carreira. Eu já tenho uma maturidade para entender tudo isso que eu fui falando, como que o futuro funciona, como as rodas giram, as engrenagens funcionam como que os mais velhos, que abriram com facão o mato e chegaram lá. Eu também sofri algumas picadas de cobra pelo caminho. Eu consigo entender como ajudar médicos obstetras mais novos a se colocar no movimento e, principalmente, dar boas condições de trabalhar para as pessoas que são apaixonadas por trabalhar com obstetrícia (ENTREVISTADO E4).

A escolha informada é uma das recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva. Neste sentido, as mulheres devem receber informações baseadas em evidências e ser incentivadas a participar nas decisões sobre cuidados (CHALMERS *et al.*, 2001). No Brasil, a maior parte das gestantes prefere o parto normal ao descobrir a gravidez, no entanto, as taxas de cesárea são de 55,5% na rede pública, chegando a 80 – 100% em alguns hospitais privados (ANS, 2018) e até municípios com 100% de cesarianas (PORTAL ODS, 2019). O que faz possível concluir que exista uma mudança de pensamento durante o pré-natal. Mesmo com evidências científicas e recomendações internacionais sobre os benefícios do parto normal, a maioria finaliza a gestação com uma cesariana. O que leva a concluir que durante o pré-natal as recomendações ou informações seguras talvez não cheguem até todas as gestantes e da forma adequada. Um estudo realizado em 11 hospitais-escolas da Rede Cegonha, apenas 37,2% das entrevistadas relataram terem recebido esclarecimentos sobre os procedimentos (RODRIGUES *et al.*, 2017, p. 80).

Para o crescimento e emergência de uma nova lógica no campo, a utilização de estratégias de multiplicação através de outros agentes torna-se pertinente, para alcançar mais espaço de interlocução, para influenciar de modo mais efetivo a sociedade e para tornar-se hegemônico, é preciso antes

ocupar novos espaços (rememorando o conceito do *grassroots movement*). Uma maneira de propiciar esse crescimento rizomático é através de pessoas que possam reproduzir os conhecimentos e leva-los às esferas de atuação micropolíticas. Uma ferramenta que ganhou força e levou à mensagem da humanização do parto e do nascimento para as mulheres, que foram consideradas a principal fonte de demandas dessa nova lógica que também se caracteriza como um mercado em crescimento foram os grupos de apoio e de multiplicação de informações para as gestantes, tentantes, e mulheres no geral.

O próximo excerto, informa sobre o 1º curso de doulas oferecido pela ReHuNa e que ocorreu em São Paulo – SP, onde algumas mulheres que já atuavam no campo de alguma forma foram convidadas a ocupar vagas sociais. Assim, uma das entrevistadas (E2), que já fazia parte das listas de discussões por e-mail com alguns indivíduos do movimento, cita sua participação no curso:

Eu não falei nada de fazer. Só que eu participava muito, bastante ativa no grupo e eu acho que eles entenderam que era como não tinha muita gente. Aliás, não tinha, né? Eu fui a primeira do Paraná, a primeira doula formada do Paraná, então acho que eles pensaram eu vou pegar essa daí e me deram o curso e eu só paguei passagem. O curso mesmo não paguei. Fiquei na casa da minha tia e então aí eu voltei enlouquecida de querer colocar tudo aquilo em prática (ENTREVISTADA E2).

A entrevistada E2, participou do primeiro curso de doulas oferecido pela ReHuNa, e teve um papel multiplicador muito importante pois, ao voltar para Maringá – PR, voluntariou na Santa Casa de Misericórdia, colocando em prática o que foi aprendido no curso e ainda teve a oportunidade de levar esse conhecimento a outros profissionais que viam uma oportunidade de uma atuação profissional diferenciada como um médico que por alguns anos ela trabalhou de maneira multidisciplinar pelo SUS:

Na fase de pré-parto, ele ficou muito curioso: “Mas o que é que você faz? Mas por que você vem aqui? Mas não se preocupe.”, cutucou, tocou, cutucou. Aí ele me contou nesse dia que ele tinha feito, eu não sei se é um curso, eu não sei se é uma imersão, se foi uma parte da residência dele que ele fez num hospital em Santa Catarina, se não me engano, público, que tem doula, que tem bola, que tem sala de parto, que é diferenciado. Aí ele falou “Nossa, mas

é tão legal. Eu vi isso pessoalmente. Eu sei que funciona... Você não quer fazer o seu trabalho voluntário no dia do meu plantão?” Quero, né? Estou indo para isso. [...] Ele realmente foi muito aberto, muito receptivo. Ele discutiu os casos comigo. Ele não me deixava, não largava lá e deixava a coisa acontecer. Ele vinha, ele vinha falar “Essa pessoa está de tal jeito. O que a gente pode fazer no seu trabalho? O que você teria pra fazer pra ajudar? Ele foi o mentor. [...] ele fazia muita questão de ter eu junto, porque, é óbvio, ele estava vendo que fazia diferença e o negócio era tão legal que tinha liberdade para eu dizer “Escuta, você não devia ter feito o que você fez. A sua conduta foi equivocada porque foi você que desencadeou tal coisa. Deixo o negócio na minha mão e quando não der mais eu chamo você”. E a gente tinha uma parceria muito legal nesse sentido. Então ele parou, por exemplo, de fazer episio. Quando eu estava com ele no plantão, não tinha episio. Mas disso, pra ele não fazer episio em ninguém, foi um pulo, entendeu? Porque ele viu que realmente não precisava (ENTREVISTADA E2).

A chegada de uma voluntária recém formada pelo curso de doulas promovido pela ReHuNa em uma instituição de saúde como a Santa Casa de Maringá (PR) foi simbólico e importante em vários momentos. Em um primeiro deles, como no excerto anterior, é possível perceber o encontro com outros profissionais que traziam consigo pequenos elementos ou algumas práticas da humanização, mas que tinham pouca interlocução no campo. A entrevistada E2 começou a trabalhar com um médico ginecologista e obstetra que já tinha tido contato com a humanização em um curso que realizou em Santa Catarina, mas não encontrava espaço para promoção dessas práticas de forma isolada. O encontro com outra pessoa que também trazia elementos dessa lógica foi um impulsionador para que, em equipe, passassem a atuar juntos na instituição e disseminar mais práticas e promover mais acesso à humanização, uma vez que atuavam da ala obstétrica do SUS nesta instituição.

Outro momento importante da atuação da entrevistada E2 foi trazer para instituição a qual ela voluntariava como doula, um conjunto de práticas e conceitos da humanização através de uma atuação micropolítica, que ocorreu por sua atuação profissional e pela troca de experiências com outras pessoas que ainda mostravam não estarem atentas ao surgimento da humanização como uma lógica em crescimento, como a equipe de enfermagem. A

entrevistada E2 cita que a equipe de enfermagem não entendia muito bem qual era o seu papel ali dentro da instituição e não sabiam muito bem o que era uma doula, mas percebiam através do exercício da sua função que a condução dos trabalhos de parto acontecia de maneira mais facilitada para a equipe de enfermagem quando a doula estava presente. A equipe de enfermagem a princípio atribuía mais valor ao desempenho da função pela diminuição da sobrecarga de trabalho do que pelas práticas exercidas, no entanto, essa atuação é também uma forma de espalhar e multiplicar alguns conceitos de forma sutil dentro do campo da assistência obstétrica. A entrevistada E2 cita a seguir, essa percepção da equipe de enfermagem:

Porque em dois anos e meio o povo também aprendeu a gostar de mim, porque dá muito menos trabalho para elas. Quando eu estava lá, porque não tinha que chamar atenção, não tinha aquele chororô, tudo acontecia na sala de parto, fechava aquela porta. Era eu e elas [as parturientes] (ENTREVISTADA E2).

O movimento de construção realizado pela entrevistada E2 se mostrou um caminho multiplicador também pela formação de grupos de gestantes. A entrevistada E2 fundou um grupo de gestantes na cidade de Maringá – PR em 2006, o mesmo seguiu com o formato também de lista de discussão on-line para discutir sobre informações de gravidez, parto e amamentação, destinada às famílias de Maringá e região. Este grupo deu origem a outros 11 grupos no Paraná, nas cidades de Londrina, Curitiba, Prudentópolis, Pato Branco, Campo Mourão, Cascavel, Foz do Iguaçu, Palotina, Toledo, Marechal Cândido Rondon e Rolândia, um grupo no estado de São Paulo em Presidente Prudente e quatro grupos em Santa Catarina: Brusque, Itajaí, Indaial e Blumenau. Pichet (2016) evidencia que as formações de grupos de apoio relacionados à maternidade atuaram como um forte propulsor da emergência de uma lógica mais natural da maternidade, relacionada nesta pesquisa como a lógica humanista/holística e

possibilitaram a caracterização e a distinção do sistema e de seu ambiente recursivamente, fornecendo um cenário convincente de mudança, a partir do envolvimento de referências contextuais, principalmente do movimento de humanização do parto e do nascimento, da lógica natural de maternidade de

antigamente como referência, e da lógica intervencionista de maternidade, a partir da ênfase de seus aspectos desfavoráveis (PICHET, 2016, p. 180).

A formação desses grupos de apoio surge como um dos elementos que impulsionam o crescimento da lógica emergente da humanização do parto e do nascimento principalmente quando conta como apoio para os pilares cultural-cognitivo, normativo e regulativo (SCOTT, 2013) pois traz luz ao tema para uma sociedade que necessita de informação e debate sobre práticas relacionadas à um modelo de assistência obstétrica humanizado e holístico. O surgimento desta lógica dentro de um mercado, onde a mulher é seu consumidor e ainda, a demanda do mesmo, impulsiona mudanças no que Foucault (1993) chama de Medicina Social ou Medicina de Estado, que são práticas de controle do corpo (biopolítica) para a atenção a uma lógica econômica (de mercado), centrada nos meios de produção e na lucratividade. Adiante, no item 4.5, discutimos como essa difusão de conhecimentos sobre gestação, parto e puerpério e seus processos para as mulheres, que são o principal agente de mercado dessa lógica, atua em mudanças institucionais, operacionalizado por uma transformação sinérgica também dos pilares que os compõem.

Eu acho que se eu for falar alguma coisa, eu sou uma agregadora de pessoas. Se eu for me definir de alguma forma dentro do movimento, eu sou eu sou uma pessoa que conecta pessoas. Então eu gosto muito de fazer isso. Então, eu fiz um grupo de WhatsApp esses dias de doulas. [...] Não ganho nada com isso. Até dá um pouquinho de trabalho, mas não muito. Mas eu criei um ambiente para elas conversarem, desabafar e contarem suas histórias. Então, eu acho que agregar pessoas dentro de uma era, numa era em que a gente tem uma tendência de se individualizar [...] A ideia de juntar pessoas faz uma enorme diferença, faz muita diferença, impacta porque não tem quem faça junto com a gente. As pessoas nem sabem fazer isso, na verdade, e para mim virou uma segunda natureza, juntar pessoas não é para mim, é normal eu estar no dia a dia e juntar pessoas. Eu li um livro sobre isso em uma tribo que eu já estava atuando nessa forma, mas esse livro *Tribe* me mostrou que isso, na verdade é um espaço de liderança, é um dos espaços de liderança e quando você junta pessoas e forma tribos. Então, desde que eu comecei a atuar isso que eu faço, eu vou montando tribos. Eu montei uma tribo de mães aqui. São Paulo, eu hoje continuo montando tribos de mães através de grupos de WhatsApp. Já fiz isso pelo Facebook. Vai mudando a

tecnologia, eu vou mudando o método, mas eu continuo montando tribos. E eu acho que isso impacta a vida das pessoas, porque elas se veem dentro de um espaço de apoio mútuo que faz muita diferença na vida, né? Não sou eu que dou apoio. Eu ofereço o espaço, eu crio o espaço onde as pessoas podem se proteger, podem se cuidar, podem se ampliar (ENTREVISTADA E5).

Assim como a entrevistada E2, a formação de grupos de pessoas que possam se unir e trocar experiências, informações, práticas é outro elemento que faz parte do seu papel. Isso acaba também sendo um papel de ativismo, porque informa pessoas sobre uma realidade que necessita desse papel educativo.

Esse movimento realizado pela entrevistada E2 a levou para um papel de empreendedora institucional no sentido mais estrito do termo que é a inovação em espaços onde haviam lacunas a serem preenchidas. DiMaggio (1988) orienta que recrutar ou criar ambientes institucionais que possam atender às suas reivindicações dentro do campo é o papel central de um empreendedor institucional. Essas atuações são apoiadas por atores existentes ou recém mobilizados (DIMAGGIO, 1988, p.15) e assim novas instituições surgem quando atores que já estão organizados com recursos suficientes veem uma oportunidade em beneficiar interesses que eles valorizam muito. Para que o empreendedorismo institucional ocorra de forma legítima é necessário a participação ativa e influente (liderança) de atores engajados na atividade de legitimação (ativismo) da nova organização institucional.

Eu me vejo como uma empreendedora, uma pessoa que vê um espaço vazio, desocupado e fala eu preciso ocupar esse lugar. Então, não havia um congresso focado nisso: vou fazer um Congresso sobre isso. Não havia uma casa de parto privada em São Paulo: Vamos fazer uma casa de parto privada. Não existe uma equipe de assistência humanizada, de custos mais populares: Eu vou criar essa equipe. Eu vou fazer o coletivo nascer, faz o coletivo nascer. Não existia curso de doula: vou montar um curso de doula. Então eu sou uma pessoa que empreende no sentido de achar caminhos

novos. Que facilitem o movimento de algo que agregue um movimento, que agregue pessoas, que junte pessoas (ENTREVISTADA E5).

Além do papel de empreendedora, um forte papel desempenhado, que ficou característico na atribuição a papéis para a entrevistada E5 foi o papel de ativista. Dentro do campo, a entrevistada E5 é vista como uma grande ativista que se coloca à frente de diversas causas do movimento, participa de debates, filmes, documentários, entrevistas, que organiza passeatas, mobilizações e reivindicações e tem um papel muito forte de influenciadora de muitas mulheres que também lutam pela emergência da lógica de humanização no Brasil.

Eu acho que o meu papel é o da consistência, porque faz 21 anos que eu consistentemente dedico minha vida a isso. Sim, sem falhas. Nunca parei. Nunca mudei meu curso, nunca mudei meu discurso. E sempre lutei pelas mulheres. Há 21 anos eu faço isso. Como paixão da minha vida. Então eu faço isso porque eu gosto muito, porque é o meu alimento, porque é a minha razão de viver e o meu papel nesse mundo é esse e tentar ajudar a transformar essa realidade. [...] Eu me vejo como uma ativista (ENTREVISTADA E5).

Por um lado, são os contextos sociais e os relacionamentos entre os agentes com esse plano social que constituem as práticas diárias de produção e reprodução (GIDDENS, 2003, p.70) que fazem com que as práticas e rotinas vivenciadas e percebidas sejam institucionalizadas. Por outro lado, outras práticas pertinentes à evolução social e novas configurações são adicionadas às rotinas sociais e vão aos poucos se fundindo às estruturas já institucionalizadas. Assim a próxima seção disserta sobre como as práticas são pensadas através de movimentos ideológicos e difundidas dentro do campo em mudança, objetivando o maior alcance das novas práticas pertencentes à lógica em empreendimento.

5.3 PRÁTICAS PARA A EMERGÊNCIA DA NOVA LÓGICA (HUMANIZAÇÃO) FRENTE À LÓGICA DOMINANTE E CONFLITANTE (TECNOCRACIA)

Van Dijk (2006) traz o papel das ideologias para o surgimento de campos sociais através da socialização e compartilhamento de crenças e ideias dentro do grupo social. As ideologias, segundo o autor, como transitam no campo das ideias, do abstrato e das crenças compartilhadas por pessoas que se identificam em um mesmo campo social. As ideologias são gradualmente adquiridas, podem ser alteradas ao longo do tempo, no entanto, com relativa estabilidade uma vez que funcionam como uma direção. Ao mesmo tempo que elas têm como papel fornecer coerência e especificar valores culturais para o grupo, o inverso, conforme cita Van Dijk (2006) também ocorre, as ideologias também podem ser desenvolvidas ou desintegradas pelos membros do grupo, conforme a visão de utilidade das mesmas para o atingimento dos seus propósitos ou ainda de acordo com as condições sociais e políticas.

Esse entendimento de como as ideologias estão presentes em grupos sociais, explica ainda o seu papel dentro dos processos de institucionalização, e como neste estudo, na emergência de lógicas institucionais através da atuação de grupos sociais que compartilham de uma mesma ideologia. Podemos utilizar a lógica da humanização da assistência obstétrica como um campo de atuação ou práticas, mas ainda como uma ideologia no sentido de que existem um conjunto de ideias sociais, culturais e cognitivas que fornecem uma direção aos membros do grupo para a construção de uma lógica que seja coerente e coesa com seus propósitos. A partir do pensamento de que essas ideologias fomentam ações, nesta seção, são abordadas as práticas exercidas pelos seus entrevistados, enquanto agentes formadores e formatadores dessa nova lógica emergente, e como essas práticas sustentaram o desenvolvimento da lógica da humanização do nascimento.

É importante salientar que as práticas já eram exercidas no campo de atuação micropolítico, mesmo sem a interlocução de pares que se viam como pertencentes a um mesmo grupo social (movimento de humanização). De forma individual, cada um dos atores já passava a perceber a necessidade de

uma atuação diferenciada frente à um sistema que não correspondia com seus ideais de atendimento. O modelo de assistência obstétrica é influenciado por discussões e práticas dos seus atores dentro do campo, este modelo conta ainda com modelos de melhoria das práticas obstétricas defendido diversas instituições como OMS e OPAS, e até mesmo o Ministério da Saúde em determinados governos, apesar da falta de fiscalização para que essas práticas sejam realmente implementadas. O apoio institucional vem de encontro com o reverberamento de práticas dos agentes empreendedoras e auxiliam na formação da lógica emergente. Além das instituições nacionais como universidades, centros de pesquisas, fundações, sociedades médicas e organizações sem fins-lucrativos, assim como organizações públicas e privadas, órgãos como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), Organização Mundial da Saúde (OMS) entre outras organizações internacionais, estiveram presentes como apoiadores, influenciadores e promotores de conhecimento, ações e políticas de promoção à Saúde Integral da Mulher e das questões relativas ao parto e maternidade (BRASIL, 2011).

A entrevistada E3 cita que durante seu trabalho na regional de saúde, atuando como médica sanitária, a mesma foi convidada a palestrar no Hospital do Ipiranga, e para esta palestra ela decidiu fazer um levantamento sobre os dados de mortalidade neonatal. Como já citado anteriormente, foi um dos momentos em que a mesma se deparou com a necessidade de avaliar a qualidade da assistência obstétrica como forma de reação à mortalidade neonatal. A partir desse estudo, a mesma desenvolveu um protocolo visando a melhoria no atendimento ao bebê.

Então eu fiz a pesquisa isso e a gente tentou implantar um formulário do Clap, do Centro Latino Americano de Perinatologia, que é a história clínica perinatal simplificada em 12 hospitais. E num dos hospitais que depois fechou. Uma das coisas que eu percebi era que assim, o pessoal só se preocupava com o parto. A criança deixa pra lá. E naquele hospital, na hora que o bebê nascia não tinha pediatra, não tinha ninguém preparado para atender o bebê. Podia ser a circulante de sala, mas podia ser a faxineira se não tivesse ninguém: “Vem cá, pega seu bebezinho”. Então eu comecei a entender que tinha

algumas coisas muito sérias acontecendo. E quando eu entrei no Sistema de informação para procurar, eu descobri que o INPS não pagava pelo atendimento ao bebê, só pagava o parto, o bebê estava embutido no parto, portanto, os hospitais não investiam no atendimento ao bebê. Que não ia ganhar nada se tivesse pediatra, mas ia gastar mais. Aí eu fiz uma proposta que era a remuneração especial do recém-nascido. Eu acho que em algum lugar eu tenho ainda esse projeto. Ele tinha sete itens que se o hospital cumprisse, ele ganhava um tanto a mais, que era para investir na sobrevivência dos bebês, sabe? Que assim para mim, ficava claro. A mulher esperava nove meses pelo bebê e não pelo parto, mas o sistema se organizou para o parto e não para o bebê. Então faz parte essas coisas, essas faltas de lógica do sistema. [...] Em 1993 ela conseguiu que o coordenador de Sala da Criança do Ministério, publicasse uma portaria e o bebê, o atendimento ao bebê passou a ser remunerado pelo Ministério da Saúde e já era Ministério da Saúde e já tinha juntado, já era. Mas, então temos a dizer isso. Quer dizer, a gente conseguiu alguma coisa. (ENTREVISTADA E3)

Para entender o excerto acima, é necessário lembrar do percurso histórico do papel do Estado como fomentador de políticas de Saúde no Brasil, conforme já explicado no item 3.2. Pois antes da existência do SUS, os serviços de saúde eram ligados a pasta previdenciária e não existia uma pasta ministerial exclusiva da saúde. A saúde era tratada como um dos elementos a serem resguardados visando a condições de saúde dos trabalhadores para que pudessem retornar às suas atividades laboriais e de produção (SOUZA, 2003).

Essa situação explica a falta de protocolos existentes aos cuidados neonatal naquela época pois o Brasil foi receber um programa de políticas públicas voltado a infância apenas em 1975 e posteriormente em 1983, através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011). No entanto tais políticas ainda aconteciam de forma muito precarizada e de difícil acesso. Essa situação passou a ser um pouco mais acessível com a chegada do SUS, que garantia a universalidade do direito a saúde, em 1988. E assim, políticas voltadas à uma melhor condição da assistência obstétrica começaram a surgir, porém com a lógica da tecnocracia presente como recursos a ser utilizado para melhorar as condições existentes até então.

Somente no final do século XX que políticas referentes à humanização do parto e ao atendimento à gestante e à parturiente começaram a surgir, principalmente através de uma atuação forte a partir da OMS. Essas ações influenciaram o Ministério da Saúde para adoção do conceito de humanização da assistência ao parto desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. Essas práticas também passam a ser exercidas no âmbito acadêmico no desenvolvimento ou replicações de pesquisas importantes que evoluam em mais dados e conclusões que possam cooperar com a atenção às questões do parto e nascimento. A Entrevistada E3, desenvolveu uma pesquisa durante seu mestrado sobre a qualidade da assistência ao parto no qual ela se baseou na Pesquisa História clínica Perinatal Simplificada (HCPS) do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) para desenvolver indicadores que poderiam contribuir com o objetivo da pesquisa que era o desenvolvimento de uma série de tecnologias apropriadas para cooperar na ampliação da cobertura perinatal voltada para o nível primário de atenção de baixa complexidade (SCHWARCZ *et al.*, 1983), conforme trecho a seguir:

Eu peguei os dados daquela pesquisa História Clínica Perinatal Simplificada em São Paulo e fiz uma proposta de indicadores de qualidade do processo de assistência, que teria alguns indicadores. Escolhi dez indicadores. A três se relacionavam com o que tinha acontecido antes da mulher entrar no hospital, quatro com o que acontecia no hospital e três indicadores, o que aconteceria depois. Então os antes era: se tinha VDRL no prontuário, porque sífilis congênita é um problema agora ainda maior do que era naquela época; se tinha RH; e se tinha vacina antitetânica. Que eram três coisas: o RH para prevenir a imunização e vacina antitetânica, que na época, o tétano neonatal ainda era problema. Das questões na hora do parto: a primeira delas era a taxa de cesárea, os indicadores; o outro era se tinha avaliação de idade gestacional por exame físico ou alguma coisa para saber se era prematuro; se tinha APGAR, se alguém tinha registrado um índice de APGAR; e se tinha alguém preparado recebendo o recém-nascido, ou enfermeiro ou médico, mas não era circulante de sala. E a preocupação com o futuro: se tinha alojamento conjunto, para já, na época não eram muitos hospitais, embora ainda hoje você tem berçário em alguns hospitais, mas é um alojamento conjunto; se tinha aleitamento materno exclusivo; e se tinha o encaminhamento da mulher para a consulta de puerpério. Porque assim, se você está preocupado em avaliar o que aconteceu, se ela está evoluindo

bem, etc, acho que a aleitamento materno nem precisa explicar (ENTREVISTADA E 3).

A mesma entrevistada E3, continuou suas pesquisas e se transformaram em objetos de prática no seu doutorado também e em outros momentos da sua vida acadêmica. Hoje é professora universitária e pesquisadora, autora de muitos artigos científicos que versam com a MBE e colaboram com as práticas do campo. No entanto, na delimitação do estudo, em que o movimento de humanização do parto e do nascimento foi representado pela ReHuNa, a contextualização das práticas ocorre a partir do marco estabelecido pelos primeiros encontros entre os agentes, justamente com a intenção de institucionalizar essas ideias que puderam ser reunidas a partir do momento em que seus atores começaram a socializar através da internet, como visto no item 4.1 Contextualização a partir da historicidade da assistência ao parto e nascimento e o poder subjacente ao corpo feminino. A ReHuNa começou com a reunião de adeptos à nova lógica emergente a partir de 1993, porém a sua institucionalidade apenas ocorreu em 1995:

Enfim, mas teve uma plenária e aí a gente resolveu que precisava dar institucionalidade a ReHuNa. Em um sítio, em Campinas, que ocorreu o primeiro encontro onde a ReHuNa foi fundada. Ele chamou as pessoas e então ele se dispôs a fazer um estatuto para reunir. Aí eu fui de São Paulo para a casa dele em Campinas. Ficamos trabalhando naquele texto (ENTREVISTADA E 3).

O texto acima cita a elaboração da Carta de Campinas que foi evidenciada na Contextualização do Objeto de Estudo (item 3.1 dessa pesquisa e Anexo B), que foi um documento fundador do movimento, ao reunirem-se em Campinas, profissionais que atuavam ou tinham interesse nas questões relativas ao nascimento. A carta é marcada por reivindicações por melhorias nas condições às quais gestantes e bebês eram submetidos durante o processo de nascimento e motivava um atendimento humanizado, denunciando o excesso de cesáreas, a medicalizado do parto, e ainda a violência obstétrica existente na assistência obstétrica.

O movimento começou a ganhar força, corpo, institucionalidade e criar alianças a partir de outros órgãos já institucionalizados e legitimado. O grupo também adotou práticas desses outros órgãos, aquelas práticas que deram certo, como um benchmarking. O apoio de instituições internacionais sempre foi uma constante na história de medicina no Brasil. Além de instituições nacionais como universidades, centros de pesquisas, fundações, sociedades médicas e organizações sem fins-lucrativos, assim como organizações públicas e privadas, órgãos como Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), Organização Mundial da Saúde (OMS) entre outras organizações internacionais, estiveram presentes como apoiadores, influenciadores e promotores de conhecimento, ações e políticas de promoção à Saúde Integral da Mulher e das questões relativas ao parto e maternidade (BRASIL, 2011). A seguir, a entrevistada E3 cita o como o movimento encontrou suporte em outras instituições, nacionais e internacionais, e encontraram indivíduos através de uma prática de internacionalização que pudessem trazer novos elementos que auxiliassem na construção do campo:

Em 95, eu trabalhava no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que é um instituto de pesquisas oficial e lá a gente tinha as ativistas da rede IBDFAM, em defesa da amamentação. E aí eu resolvi que precisava trabalhar pelo parto. Não foi uma decisão, vamos dizer, muito bem acolhida, mas ninguém ousou interromper. Eu consegui montar com oito pessoas o grupo de Estudos sobre Nascimento e parto. A gente aprendeu com o pessoal da IBDFAM. Um dia eu sentei com eles e perguntei: “Como é que vocês fazem ativismo pela amamentação?” Ela me contou: “A gente lê coisas com base em evidências científicas. Soltam o boletim, a gente faz evento, a gente tem a semana da amamentação”. Não lembro tudo o que ela falou, mais a gente resolveu fazer. Então a gente lançou o boletim da gente, nota sobre nascimento e parto, que foi, vamos dizer, a primeira publicação que trouxe as questões com base em evidências científicas, na questão do parto. Eu acho que a gente merece esse reconhecimento de ser pioneiro. Ele era semestral e a gente distribuir. A gente chegou a ter 800 pessoas na lista do Correio de que recebia esse boletim, que era uma folhinha de papel impressa dos dois lados, que tinha um pequeno editorial e quatro ou cinco artigos em volta daquele tema. O primeiro tema foi Suporte Emocional. Um

deles, eu não lembro, foi cesárea pedido. O outro foi equipe multiprofissional. O outro foi episiotomia. Então, as várias coisas que ainda estão valendo a gente colocou. A gente começou a fazer seminários mensais do GENP para discutir a questão do atendimento lá no Instituto de Saúde e a gente resolveu fazer o primeiro seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo. Dois pontos: O título dele quer dizer, o primeiro. Ele foi o primeiro seminário e o tema dele era o Resgate da Assistência da Qualidade na Assistência ao Nascimento e Parto. A gente trouxe o Gérard Briard, que era do Inserm⁵ na França. O Gerard Briar trouxe uma publicação, que eles tinham feito uma pesquisa perinatal em 1972, 76 e 81, e eles baseavam nas pesquisas as políticas de lá. Então eu pedi para ele contar isso pro Brasil. Então é assim, a gente trouxe o Gerard Briar e a gente trouxe a Esther Berg era uma médica generalista que trabalhou no Unicef⁶ aqui no Brasil. Ela começou a palestra dizendo que ela estava triplamente orgulhosa, primeiro por ser mulher, segundo por ser profissional e terceiro por ser mãe. Nasceu da Holanda, onde ela tinha podido ter o parto, e ela estava com uma criança de seis meses que ela estava amamentando, ela tinha podido ter o parto, que ela acreditava que merecia. Resultado: ela bombou contando como era o parto na Holanda, lembrando que na época, na Holanda, entre 35 e 40% das mulheres tinham parto domiciliar. Até então, a Holanda manteve o respeito ao desejo das mulheres por mais tempo. Não acabou com o parto domiciliar. Enfim, a gente fez esse evento que foi o desencadeador. Foi a primeira vez que a gente botou no ventilador a questão da qualidade da assistência (ENTREVISTADA E3).

Esta fala disserta ainda sobre a internacionalização das práticas, uma vez que a internacionalização não se situa apenas no campo dos negócios, expandindo-se ainda para a troca e/ou influências de culturas, linguagens, pessoas, legislações e também práticas. Neste último, Pichet, Crubellate e Verdu (2018) explicam que

Para estudar e compreender como o sistema obstétrico, em especial o parto normal, foi mudando ao longo dos anos no Brasil, é necessário considerar

⁵ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale: organização de pesquisa pública francesa inteiramente dedicada à saúde humana através do avanço do conhecimento sobre organismos vivos e sobre doenças, inovação em tratamentos e pesquisa em saúde pública.

⁶ Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi criado em 11 de dezembro de 1946, pela Organização das Nações Unidas (ONU), para atender, na Europa e na China, às necessidades emergenciais das crianças durante o período pós-guerra.

tanto o contexto nacional como o internacional (PICHET, CRUBELLATE e VERDU, 2018, p. 1064).

As trocas internacionais e o crescimento das ações do movimento continuaram acontecendo e motivando cada vez mais trocas e interlocuções. Os indivíduos representados nos agentes empreendedores da lógica da humanização que, no início se viam sozinhos, encontraram-se com auxílio que chega da internet de forma mais massiva, e neste momento já encontravam interlocuções com pares em diversas partes do mundo.

Começou a se discutir o papel [de protagonismo da mulher, de centralidade na mulher] quando a gente foi convidado pela Jamaica para a Comissão Organizadora da I Conferência Real. [...] Eu acho que do lado do Brasil éramos nós e o resto era o pessoal da Jamaica. A gente que apresentou o vídeo de volta, que a gente já tinha traduzido, o Parir e Nascer [filme]. Em 97 eu comprei de uma mexicana, tinha traduzido para o espanhol um vídeo de uma casa de parto em Viena, que se chama Parir e Nascer, e aí elas venderam pra mim. E aí, com a ajuda da Jamaica, a gente fez a tradução para o português do Parir e Nascer e aí a ReHuNa passou a comercializar o Parir e Nascer (ENTREVISTADA E3).

De modo a enxergar o mundo como um grande campo de oportunidades e trocas, a internacionalização ocorre em diversos âmbitos como da economia, política, informação, cultura e comunicação, trazendo novas oportunidades e desafios, cujos benefícios e impactos adversos, envolvem todas as dimensões das relações humanas (FORTES E RIBEIRO, 2014, p. 366). Desde seu início, o parto enquanto um procedimento médico, sofreu diversas influências tanto nacionais quanto internacionais. E com a globalização e a facilidade de acesso às informações, bases de dados científicos internacionais, congressos e convenções da área e a constante troca de conhecimento científico da área acadêmica, a influência das descobertas internacionais passou a ser cada vez mais presente no delineamento das práticas obstétricas dentro das instituições.

A prática obstétrica, conforme já explicada no item 3.1.1, foi trazida ao Brasil juntamente com o ensino da medicina, inicialmente no século XIX, por

Dom João VI, mas ganhou força enquanto prática institucionalizada a partir de 1910 com a abertura da primeira maternidade brasileira (BRENES, 1991). Esse ensino foi permeado por práticas e saberes europeus, e aos poucos foi recebendo influências de outros países cujo estudos obstétricos foram se desenvolvendo tanto no campo científico como na formatação e atuação do sistema obstétrico vigente. No entanto, hoje, apesar da grande quantidade de estudos científicos sobre a Medicina baseada em Evidências (MBE), orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre outros protocolos e documentos de alcance internacional que desmistificam ritos e práticas tecnocráticas a favor da naturalização do parto enquanto um evento biológico na ausência de patologias, o Brasil ainda é o 2º país do mundo com maiores taxas de cesáreas, e com uma cobertura de pessoal de saúde especializado para atendimento ao parto de 99,1% (WHO, 2018). De acordo com os indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em 2016, o Brasil realizou 58,85% de cesarianas e assistiu 41,04% partos normais (PORTAL ODS, 2019), apesar das diretrizes da OMS de que apenas 15% dos nascimentos necessitem de via cirúrgica (WHO, 2018).

O Ministério da Saúde tem seguido nos últimos anos (até 2018) as diretrizes de órgãos de referência como a OMS e a partir dessas diretrizes, formulado as políticas públicas referentes ao nascimento no Brasil. Não é algo obscuro também, o fato de que o sistema obstétrico vigente ainda não adotou tais políticas enquanto prática institucional, assim como explica Bartley (2018, p. 146), os governos nacionais são os atores centrais na maioria das teorias da ciência política e atuam de forma global com muitos órgãos internacionais, porém o poder de influenciar as suas organizações nacionais acaba ficando em segundo plano. De forma que, como no exemplo do sistema obstétrico brasileiro, vemos o governo e órgãos internacionais executarem políticas e ações em conjunto, porém é necessário averiguar como essas políticas chegam realmente a modelar as práticas institucionais e vice-versa, dado que as corporações também desempenham papéis na governança global, enquanto patrocinadores, inibidores e provedores (BARTEY, 2018, p. 146).

Entender essa dinâmica quando falamos do sistema obstétrico, apesar de não fazer parte do escopo deste estudo, também se configura como um

campo de estudo necessário para entender o motivo das diretrizes de órgãos governamentais e instituições privadas nem sempre caminharem na mesma direção. De acordo com Salles-Djelic (2005, p. 73) a globalização e aí também a transnacionalização de práticas configuram um modelo de dupla convergência e divergência, entre modelos locais e modelos globais, que são contestados e negociados a todo momento, e a partir desse movimento traçam suas influências tanto localmente quanto globalmente.

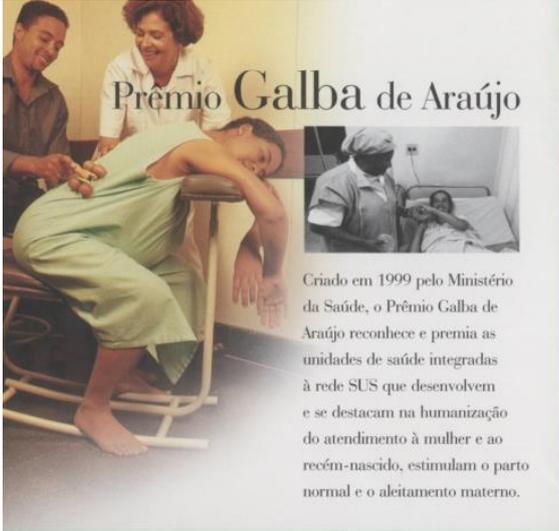
Aos poucos as práticas começaram a se disseminar a partir de cursos, seminários, palestras, dos grupos de estudos do GENP. O conhecimento era externalizado por meio de cartilhas, manuais, e as raízes do movimento passaram a adentrar instituições do Estado, o que aumenta a legitimidade e o debate para a promoção de políticas públicas que pudessem auxiliar na emergência da lógica da humanização.

Em 98, por exemplo, fazíamos aqueles seminários da tarde às quintas feiras à tarde e em 99, a essa altura, a coordenadora de Saúde da Mulher do Estado de São Paulo estava no Ministério da Saúde e o ministro José Serra, fizeram a proposta do Prêmio Galba de Araújo. Então, o Prêmio Galba de Araújo, tinha um prêmio para cada uma das cinco regiões. Era uma placa para o hospital, uma estátua e R\$30.000 em dinheiro, que na época era muito dinheiro para um hospital. E quando o prêmio chegou na Secretaria de Estado da Saúde, o secretário disse: Isso é coisa da E3⁷. Então caiu no meu colo. Aí eu tive que virar para o chefe para o diretor do Instituto de Saúde e dizer: “Olha! Não tem nada oficial. Alguém tem que dizer que eu estou coordenando esse processo para ter alguma legitimidade”, então, ele publicou no Diário Oficial do Instituto de Saúde me delegando para coordenar o Prêmio Galba de Araújo no Estado de São Paulo (ENTREVISTADA E3).

O prêmio Galba de Araújo (Anexo B), foi instituído em 1999 e reconhecia assim a legitimação do Ministério da Saúde para às práticas da humanização e aos esforços realizados pelos empreendedores institucionais dentro do campo.

Figura 2 – Ficha de inscrição do Prêmio Galba de Araújo.

⁷ Omissão do nome da entrevistada.



Prêmio Galba de Araújo

Criado em 1999 pelo Ministério da Saúde, o Prêmio Galba de Araújo reconhece e premia as unidades de saúde integradas à rede SUS que desenvolvem e se destacam na humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno.

Parto Humanizado. Os direitos da mulher

- 1 - Presença do companheiro ou alguém da família para acompanhar o parto, dando segurança e apoio.
- 2 - Receber orientações, passo a passo, sobre o parto e os procedimentos que serão adotados, com a mulher e o bebê. A mulher bem informada faz melhor a sua parte, ajuda mais.
- 3 - Receber líquidos (água, suco), pois o trabalho de parto pode durar até 12 horas.
- 4 - Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. A mulher pode caminhar sem restrições.
- 5 - Escolha da posição mais confortável para o parto.
- 6 - Relaxamento para aliviar a dor. Pode ser massagem, banho morno ou qualquer forma de relaxamento conveniente para a mulher.

“Hoje, damos a seguinte orientação: só fazer as intervenções estritamente necessárias, desestimular o manuseio, respeitar a dignidade da mulher e tornar o parto mais humano”.

Galba de Araújo

Fonte: Ministério da Saúde (1999). Extraído de:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002554.pdf>

Com o aumento da visibilidade de suas ações, o grupo continuou em expansão e decidiu então, usar o prêmio Galba de Araújo para auxiliar no plano de expansão. A entrevistada E3, identificada como estrategista do movimento, conta, no trecho a seguir, como ela foi construindo um conjunto de práticas que conferissem visibilidade ao movimento:

Então vamos fazer um segundo seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo, que vai chamar a vitrine da humanização em São Paulo. E a gente vai dar visibilidade para quem ganhou o prêmio no estado. E foi aí que a gente fez esse segundo seminário. [...] E basicamente, a ideia era mostrar a humanização. A gente trouxe gente do ministério para falar. Foi um evento bom e a gente exibiu o Parir e Nascer. Teve um lance muito bacana que tinha um mezanino lá no auditório do Instituto Dante Pazzanese. E o pessoal da limpeza ficou assistindo lá de cima. O vídeo e as mulheres ficaram encantadas porque o vídeo é de puro respeito no trabalho de parto (ENTREVISTADA E3).

Levar as práticas de humanização aos debates políticos, sociais e culturais foi identificado como uma prática relevante dentro do campo, pois, as análises discursivas e históricas mostraram como foi possível induzir resultados a partir das interlocuções entre o movimento e instituições já legitimadas. O Quadro 4 que mostra a Linha do Tempo da ReHuNa, demonstra um comparativo de diversas práticas com os resultados que foram proporcionando, principalmente no que se refere ao estabelecimento de uma mudança de lógica, que vai desde políticas públicas, leis e projetos de leis até a mudanças fundamentais no mercado, como novos cursos (vide a criação do curso de obstetrícia pela USP em 2005), a formação de novos grupos de adeptos ao movimento de humanização e maior conscientização das mulheres sobre os processos inerentes ao seu próprio corpo, informações científicas de qualidade baseadas na MBE e conscientização sobre direitos e violência obstétrica.

No campo social, o movimento atuou além dos eventos, formação de grupos e cursos, mas também com práticas que visavam levar a lógica da humanização para o grande público. O movimento como um todo passou a participar de muitos eventos cobertos pela mídia, programas de televisão, inclusive o lançamento de filmes como o Renascimento do Parto I, II e III.

O canal GNT tinha feito no mês das Mães naquele ano, um evento e quem coordenava era a Marília Gabriela. Para você ter uma noção nossa, e a gente fez essa exposição de fotos lá. E assim, ficou muito legal. Foi composta uma música que ficou de fundo, um espaço que era sagrado para a hora do parto. Você entrava e saía passando e via a gestação, aí sim o parto. E estava muito linda essa exposição. Enfim, essa exposição teve no GNT e depois esteve no nosso evento. São coisas assim que a gente fez, bem diferentes para sensibilizar (ENTREVISTADA E3).

Foi a conferência da ReHuNa de 2010. Foi uma conferência nacional de peso, e essa mesa bombou. Só para você ter ideia, muito tempo depois, encontro com a Érica de Paula junto com o Eduardo Chauvet, fizeram um renascimento do parto e ela conta para mim que foi naquela conferência, naquela mesa, que ela decidiu: A gente precisa fazer um filme sobre isso. A. Então vamos dizer que aquilo foi o sêmen do filme A Semente para acontecer. Então acho que assim a gente às vezes não tem noção das coisas que a gente faz e como é que impacta nas pessoas, né? (ENTREVISTADA E3).

O documentário O Renascimento do Parto, citado pela entrevistada E3 hoje é disponibilizado pelas plataformas de streaming NETFLIX e Apple TV, em três versões O Renascimento do Parto I, II e III. O documentário conseguiu reunir pesquisadores, profissionais, ativistas e celebridades, inclusive alguns e dos entrevistados deste trabalho, para dar visibilidade à lógica da humanização do nascimento. O que colabora com a disseminação sociocultural de elementos que sustentam o paradigma e que necessitam alcançar grandes públicos. O documentário tem como objetivo, como conta em sua sinopse:

O filme “O Renascimento do Parto” retrata a grave realidade obstétrica mundial e sobretudo brasileira, que se caracteriza por um número alarmante de cesarianas ou de partos com intervenções traumáticas e desnecessárias, em contraponto com o que é sabido e recomendado hoje pela ciência. Tal situação apresenta sérias consequências perinatais, psicológicas, sociais, antropológicas e financeiras. Através dos relatos de alguns dos maiores especialistas na área e das mais recentes descobertas científicas, questiona-se o modelo obstétrico atual, promove-se uma reflexão acerca do novo paradigma do século XXI e sobre o futuro de uma civilização nascida sem os chamados “hormônios do amor”, liberados apenas em condições específicas de trabalho de parto (CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.).

Figura 3 – Documentário O Renascimento do Parto.



Fonte: CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.). Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/vidioteca/vidioteca1.html>. Acesso em: 16/06/2022.

As práticas exercidas pelos agentes empreendedores também tiveram atuação no âmbito regulatório. A importância de levar as questões da lógica da humanização e debate na sociedade brasileira como um todo acaba sendo um propulsor de novos elementos regulatórios.

Em 97, eu fui para o Ceará a para participar do Seminário do espaço, que era espaço físico à luz da humanização, alguma coisa, estrutura física à luz da humanização. Foi muito bacana porque eu levei alguns modelos de casa de parto e eles tinham convidado uma arquiteta que era da Anvisa. E nós duas juntas escrevemos o relatório final deste evento. Só para você ver como o mundo dá voltas. Você já ouviu falar na RDC 36, de 2008, da Anvisa, que dispõe sobre a estrutura dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, que fala do PPP? Que fala disso? Então, levou um tempo, veja foi em 97 esse seminário, e em 2008, foi montado um grupo de trabalho no ministério e parceria da Anvisa com muita gente e saiu essa RDC. Depois de conhecer a história (ENTREVISTADA E3).

Em 03 de junho de 2008, ocorreu a promulgação da RESOLUÇÃO Nº 36, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e que foi construída a partir da interlocução com as demandas do movimento. Assim, nesta resolução é possível perceber práticas defendidas pelo movimento sendo já capturadas pelo sistema regulatório através da resolução. A abrangência da resolução (item 3) se dá a partir das seguintes definições:

3.1 Acolhimento: modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

3.2 Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

3.3 Higienização das mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde,

fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

3.5 Método Canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsico social. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3.6 Quarto PPP: ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

3.7 Quarto de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo,

3.8 Enfermaria de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 (três) a 06 (seis) leitos e berços, com banheiro anexo.

3.9 Profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior, inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por Lei.

3.10 Relatório de transferência: documento que deve acompanhar a paciente e o recém-nascido em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente a identificação da paciente e do recém-nascido, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes.

3.11 Responsável Técnico - RT: profissional legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde.

3.12 Usuário: compreende tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos) (ANVISA, 2008).

Diante das demandas de uma nova lógica institucional que modificam lógicas de mercado e de profissionalização também, é possível observar mudanças no campo da educação formalizada, principalmente quando o enfoque se dá na formação de profissionais aptos para o atendimento à esta lógica em emergência no campo da assistência obstétrica no Brasil. Como vimos na introdução deste estudo, o campo da assistência obstétrica no Brasil

já passou por duas grandes mudanças como evidenciado na Figura 1 (Mudança de lógicas institucionais relacionadas ao parto).

O parto, que durante muito tempo foi reconhecidamente tratado como um fenômeno fisiológico, passou por um processo de medicalização e institucionalização, saindo do campo de atuação predominantemente feminino entre gestantes, parteiras e familiares e indo para o campo institucional, ganhando espaço em instituições hospitalares e de ensino, como campo de estudo da medicina e enfermagem. Este foi um processo que ocorreu gradativamente em meados da década de 1850, onde até então as parteiras leigas e até mesmo, diplomadas em escolas estrangeiras, acomodavam-se no espaço urbano sem muita concorrência entre parteiras e médicos (DE MEDEIROS, DE CARVALHO, TURA, 2018). Mas para que o parto pudesse chegar aos meios institucionais foi necessário dar início a um processo de medicalização e institucionalização do parto, e assim, a prática cotidiana de assistência obstétrica pôde então ser transformada em um saber-poder-fazer essencialmente masculino, uma vez que o campo da medicina foi durante muito tempo uma arena masculina (WOLFF e VASCONCELOS MOURA, 2004, p. 280).

A gente tem uma palavra bem ampla para a parteira. Parteira é uma palavra que significa “todas as mulheres que cuidam de mulheres”. Elas são parteiras e eu me chamo de parteira. Eu sou obstetrix, eu tenho formação superior. As enfermeiras obstetras muitas vezes se chamam de parteira e tem a parteira tradicional, a parteira tradicional é aquela parteira que aprendeu pela mãe, que aprendeu pela avó, que é aquele saber ancestral que é passado de mulher para mulher. E ela passa 20 anos acompanhando a mãe dela, até que a mãe dela se aposenta e ela faz os partos sozinha. Então, ainda existe muito. São mulheres muito interessantes porque elas têm, elas têm um papel social que vai para muito além do parto. Elas são reguladoras do universo feminino e infantil dentro de suas comunidades. Elas cuidam das doenças infantis, elas cuidam de piolho, elas cuidam de brotoejas. Elas cuidam de coração partido, dor de cotovelo. Elas fazem todo um papel regulador dentro da sociedade com ervas, benzer... são benzedeiças, rezadeiras. Às vezes, muitas preparam defunto para funeral e é um papel muito interessante de mediação dentro da sociedade e que a gente está perdendo devagarzinho, infelizmente. As parteiras estão sendo cada vez mais deixadas de lado e que a gente precisa tentar recuperar e aprender muito com elas. Elas sabem coisas que a gente

não tem a menor noção do uso de ervas e plantas que elas têm, e que tem função, e que funcionam de fato, que a gente não faz nem a menor ideia, nem o nosso conhecimento ocidental científico típico não chega perto delas. Uma pena. Deveríamos não perder esse conhecimento (ENTREVISTADA E5).

Diante dessa captura, para que mulheres pudessem permitir a entrada de uma assistência predominantemente masculina em um evento tão íntimo, foi necessária uma remodelação da forma que o parto era tratado, de um evento biopsicossocial, natural e intuitivo, para um objeto de estudo agregado da segurança e conhecimento de uma instituição médico-científica detentora deste saber-poder. A primeira mudança de lógicas institucionais (parto natural para a lógica tecnocrata) acabou por tirar o cuidado com a gestação, parto e puerpério das mãos das parteiras tradicionais, e aloca-los dentro de um saber médico. Aos poucos as parteiras tradicionais, foram perdendo espaço nos grandes centros, ainda sendo necessárias em regiões onde instituições de saúde não conseguiram alcançar.

Então esse é uma coisa que tem que ser retirada, tem que ser retirada da mão dos médicos e os partos têm que voltar para a mão das equipes, isto é, parteiras profissionais, sejam elas enfermeiras ou sejam elas obstetrites, enfermeiros e parteiras de entrada direta. Então, evidentemente que isso não se faz por decreto. Isso se faz lentamente pela substituição desses profissionais, mesmo dentro da academia (ENTREVISTADO E1).

No segundo momento de mudança institucional, como parte de um dos pilares defendidos pelo movimento da humanização que é a descentralização do parto como um evento médico e a utilização de uma equipe multidisciplinar, o papel das parteiras foi emergindo dentro do campo através do modelo humanizado, como uma profissional essencial para que o modelo se sustentasse inclusive enquanto empreendimento.

Então, ter mais pessoas, uma rede de apoio de profissionais e facilita muito a vida. [...] Aqui são um monte de doula, um monte de enfermeira, um monte de pediatra, um monte de todo mundo. Então, isso foi fortalecendo[...] E aí, o que eu percebi nesse tempo todo é que o trabalhar em equipe é o caminho e é um degrau acima de trabalhar sozinho. É um outro degrau, mais acima

ainda. Além de trabalhar em equipe, trabalhar de forma transdisciplinar, que é o que eu almejo chegar algum dia, é bem difícil isso (ENTREVISTADO E4).

Assim, houve a retomada da necessidade das parteiras em atuação dentro do campo, e essa demanda acabou por trazer uma nova configuração enquanto formação acadêmico-profissional.

E aí a gente recebeu o convite da Agência de Cooperação Internacional do Japão. Para fazer junto com eles a primeira conferência internacional sobre humanização do parto de nascimento. É importante que naquele primeiro seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo, estava presente a Ana⁸. E ela tinha um título de obstetrix de entrada direta ou de parteira, como dizia na Alemanha, e não existia esse curso no Brasil, então ela não conseguia validar revalidar o diploma dela. Então entrei nessa batalha. E aí a presidente da Associação Comunitária Monte Azul, que era enfermeira obstétrica, onde Ana trabalhava sugeriu que a gente era amiga do na época, de um deputado federal, ela conversou com ele e ele aceitou fazer um projeto de lei de criar o técnico em obstetrícia humanizada, já que não dá para ela ser enfermeira obstetra que fosse uma técnica em obstetrícia humanizada [...] E aí, em dezembro de 96, eu sou convidada a participar de um evento na Escola de Enfermagem da USP. Elas me cobraram que eu fizesse junto com elas a descrição de qual é o papel da enfermeira obstétrica, da atendente de enfermagem, da auxiliar de enfermagem e qual seria, então, o papel do técnico em obstetrícia humanizada? E aí eu disse assim: “Gente, não cabe a mim fazer isso, mas eu queria mostrar um vídeo pra vocês”. E eu peguei um vídeo de um parto domiciliar em que a parteira vai na casa da mulher, e assim leva mais de 24 horas o parto. A parteira larga a mulher lá, cria um conforto para ela na cadeira, ela vai embora, volta, pronto. E aí a mulher já está em franco trabalho de parto, já está gemendo... Então, assim foi um vídeo de 15 minutos em que elas ficaram impressionadas. Mas eu disse para elas: “Olha, eu não estou querendo discutir uma nova profissão. Eu estou querendo discutir como nós vão mudar o modelo. É um modelo que tem que ser mudado. Gostaria de dizer que a gente foi uma das pioneiras para discutir o modelo junto com o pessoal do Rio de Janeiro, do Leila Diniz. A ReHuNa, o movimento, é uma das coisas mais bonitas que aconteceu (ENTREVISTADA E3).

⁸ Omissão do nome citado.

O curso de graduação em Obstetrícia foi criado em 2005, pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo.

Figura 4 – Estudantes do curso de obstetrícia da USP.



Fonte: Jornal da USP (2017). Extraído de: <https://jornal.usp.br/?p=101710>

Dando continuidade às conferências realizadas pela ReHuNa em prol do movimento da humanização do parto e nascimento, foi levantada a questão da violência obstétrica. Essa passagem inclusive foi destacada na seção 4.2 anterior ao estabelecer a entrevistada E3 o papel de estrategista ao conseguir reunir entidades para o debate de questões nas quais é necessário que exista um posicionamento acertado tanto para aumentar a legitimidade quanto por serem instituições que acabam influenciando o comportamento e prática de muitos profissionais e instituições.

E a gente propôs a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto Nascimento. Fizemos, em Brasília. Foi um sucesso, foi onde a gente deu visibilidade para a violência na assistência obstétrica. E foi uma mesa redonda em que Gustavo Venturi, que fez aquela pesquisa que uma em cada quatro mulheres relata com Perseu Abramo, com a USP. Então, o primeiro lugar que ele apresentou foi lá. Eu tive muita sorte que ligaram para mim, disseram assim: “Olha, tem um cara aqui que fez essa pesquisa. Ele queria

um lugar para apresentar. Eu sei que está em cima da hora, mas não dava para ele apresentar como a comunicação oral ou pôster, não sei o quê”. E aí eu botei ele naquela mesa redonda grande, que, aliás, eu tinha convidado o Conselho Federal de Medicina. Eu queria o Conselho Federal de Medicina nessa mesa (ENTREVISTADA E3)

A pesquisa citada foi realizada em 2011 pelo professor Gustavo Venturi Jr, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP e coordenada pela Fundação Perseu Abramo e SESC e evidenciou a realidade do sistema obstétrico brasileiro, que é a questão da violência obstétrica. O termo “violência obstétrica”, segundo Lansky *et al.* (2019) é:

A identificação de qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puerpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (Lansky *et al.*, 2019, p. 2812)

Hotimsky, Aguiar e Venturi Junior (2013) citam os resultados de que 25% das mulheres relataram a percepção de maus tratos no atendimento em maternidades e no pré-natal. Não podemos deixar de evidenciar ainda o quanto a percepção de violência obstétrica é de difícil valoração e conseqüentemente, é subnotificada, uma vez que muitas mulheres, já bem adaptadas ao ambiente de despersonalização das maternidades, não sentem ou ainda, entendem a violência como parte de um protocolo que tinha que ser seguido. Em 2012, Dia Internacional para Eliminação da Violência contra as Mulheres, o documentário *A voz das brasileiras*, divulgou depoimentos de mulheres que tenham sofrido violências físicas e psicológicas durante o parto (SENADO, 2012, p. 52). Essa pesquisa realizada por Hotimsky, Aguiar e Venturi Junior (2013) foi citada ainda pela entrevistada E5:

As pessoas falam assim: “É exceção, isso é exceção”. Mas as pesquisas, tem uma pesquisa muito grande, que é a Nascer no Brasil, que é enorme, uma pesquisa científica, não é a minha cabeça que está falando essas coisas. E a pesquisa científica começou lá atrás com a Fundação Perseu Abramo, que fez uma pesquisa qualitativa e pegou 25% dos partos com violência

obstétrica. Então 25% eu não considero exceção. E agora, nas novas pesquisas, 33%, 35% das mulheres, ao descrever a assistência descrevem como violenta. Então existe uma questão aí que passa da semântica, que vai para além da semântica, do que é violência na assistência ao parto. Isso é muito delicado porque lá acontece com os órgãos reprodutivos da mulher. Então eu vou dar um exemplo para você, que é muito mais fácil de entender essa sutileza, que vamos supor que a gente tenha um hospital-escola, e está lá o acadêmico aprendendo. O acadêmico vai examina e fala: “Quatro centímetros”, o médico fala: “Duvido que seja quatro”. Ele vai examinar de novo e depois vem o residente e fecha. Então, essa mulher recebeu três exames de toque por baixo, que é a introdução de dedos na vagina. Isso para uma mulher é uma coisa extremamente delicada. Ela abre a perna para aqueles homens e eles colocam dois dedos na vagina e ficam olhando e discutindo sobre a vagina dela. Essa experiência, para muitas mulheres, é uma experiência que vai deixar traumas para o resto da vida. E o médico vai falar assim, o acadêmico, médico, residente vão falar assim: “Mas em nenhum momento fui violento, não xinguei, não bati, não fiz com força”. Mas para mulher, ela sim se sentiu violada porque estavam dentro da vagina dela. É fácil entender porque essas três pessoas que fizeram o exame de toque, não deixariam as suas irmãs nessa situação. Suas mães não iam passar por essa situação. Eles iam querer algo diferente para elas. Se eles puderem pagar, eles vão pagar algo diferente para elas. Geralmente eles podem. Então, essa experiência é muito subjetiva para a mulher, mas com o potencial de violência dela se sentir violada muito, muito, sim, muito rápido (ENTREVISTADA E5).

No entanto, apesar do reconhecimento do termo pelo MS em 2008, ocorreram a partir de 2018, diversas tentativas, inclusive por parte de agentes políticos, de deslegitimar o termo que já é conhecido e reconhecido, social e cientificamente. Em 3 de maio de 2019, o Ministério da Saúde encaminhou o Despacho/Ofício nº 017/19 – JUR/SEC divulgando seu posicionamento contra o uso do termo “violência obstétrica”, alegando conotação inadequada, mas como Ladeira e Borges (2022) já se posicionaram, o termo é mantido em uso inclusive como:

forma de resistência e de atuação micropolítica, movimentos de humanização do parto vêm ganhando força nesta última década, motivados por uma série de fatores como: amplo acesso às informações, reunião de pessoas com as

mesmas motivações para discutir objetivos, caminhos e alternativas de embate à violência obstétrica e, ainda, ao excessivo número de cesarianas (LADEIRA & BORGES, 2022, p. 3).

Algumas vezes, os próprios empreendedores institucionais não percebiam a legitimação de suas práticas pelo campo institucional, pois nem tudo resultava em mudanças rápidas ou perceptíveis dentro do campo, mas como a entrevistada E3 cita a seguir, o conjunto dessas práticas exercidas, continuamente, acaba por reverberar em mudanças ou incitando novos elementos, regulativos ou até mesmo, pequenas mudanças normativas e cognitivas do campo. Neste caso, inclusive a partir do papel de estrategista citado anteriormente, a entrevistada E3 entendeu formas de atuar mais incisivamente através do Estado para a formação de políticas públicas que pudessem favorecer a humanização:

No Congresso de 1997, a gente fez uma reunião da ReHuNa, tinha umas 20 pessoas da reunião lá e o pessoal decidiu, descobriu que quando a gente tem uma moção que é aprovada na assembleia final, ela é encaminhada para o Ministério da Saúde. Então, a gente combinou de nos encontrarmos cedinho para redigir uma moção e encaminhar à assembleia final. Eu acordei cedinho e estava lá, de repente, eu me descubro sozinha. Fui lá redigir a moção, imprimir a moção. Saí coletando assinaturas. Era 08h30e aparece uma: “Ah, mas você fez?” eu disse: “Eu fiz” E aí já tinha mais de uma centena de assinaturas, e eu estava correndo atrás das pessoas pedindo para assinar que tivesse uma política de humanização da atenção ao parto e nascimento. Todos ajudaram. A gente chegou a 315 assinaturas e foi aprovado, isso foi 97. Em 98, teve o Congresso de Epidemiologia no Rio de Janeiro. Foi lá, no Riocentro, e eu já sabia. Então eu já levei pronta a moção pedindo que tivesse uma política de formação de recursos humanos para a humanização. E a gente saiu coletando assinaturas e chegamos a mais de 200. Foi aprovado na sessão final. E aí encaminhou para o Ministério, mas não ficamos sabendo de nada. Em 98, quando eu fui trabalhar no Ministério porque eu trabalhei no Ministério 2004 a 2009. Um dia eu perguntei: “Vocês não davam nem bola, né? Quando vinha um abaixo assinado com esse tipo de recomendação?” E me disseram: “Não, a gente respeitava muito. Tanto que o PHPN provavelmente foi a partir dessa reivindicação e os primeiros cursos de formação de enfermeira obstétrica do Ministério da Saúde foi consequência daquele pedido de formar gente para a humanização”. Então, a gente às

vezes não tem noção do que vai acontecer, do que a gente faz (ENTREVISTADA E3).

As práticas de rotina exercidas no trabalho voluntário da entrevistada E2 demonstram ainda uma forma de atuação micropolítica que também merece destaque pois são responsáveis por auxiliar no desenvolvimento do movimento através desse crescimento rizomático citado anteriormente pelo movimento de *grassroots* e que mostra à outras pessoas: pacientes ou profissionais que existe uma outra perspectiva a ser considerada quando se trata de assistência ao nascimento. A entrevistada que atuava como doula, e tinha um papel fundamental na dispersão de informações para as gestantes através dos grupos a qual ela fundou, também teve reverberações da sua prática dentro do campo profissional das enfermeiras que trabalhavam na maternidade na qual ela fazia seu trabalho voluntário como doula:

E aí, um dia que eu fui para a maternidade me perguntei: “O que tem para fazer aqui?” E me enfiar naquela sala de parto. Nunca mais saí e eles não tiveram coragem de pedir pra sair, porque eles viram que fez diferença. A gente chegou a tentar desenvolver um projeto lá, sentar junto para escrever o projeto que nunca saiu do papel, né? E assim depois, quando eu comecei o trabalho, eu trabalho na sala de parto e eu fazia o meu voluntariado e eu sei que teve um dia, que eu não sei nem quem era o médico, porque o cara não ia lá, sabe? Eu ficava lá na sala de parto. Tinha muita, muita amizade com a enfermagem. Elas sempre falavam: “Nossa, que diferente. Quando você está aqui elas não chamam a gente. Elas não dão trabalho pra gente. Quando você está aqui muito neném, nasce na sala de parto. É tão engraçado isso, né? Que curioso nascer no leito...Nossa, que coisa estranha realmente (ENTREVISTADA E2).

É importante salientar que existe um equívoco de que parto humanizado é sinônimo de parto normal. Apesar da humanização surgir como um movimento responsivo aos excessos de cesariana, um dos pilares da humanização é a garantia do protagonismo feminino e do poder da escolha informada. É importante que as mulheres recebam informações baseadas nas evidências científicas que lhes deem suporte para escolher de forma consciente

e informada qual seu desejo para a via de nascimento e que essa escolha seja respeitada dentro das possibilidades médicas. Lembrando que o nascimento se configura como um evento biopsicossocial e não como um evento médico, mas que diante da possibilidade de se tornar um evento patológico, que o protagonismo da mulher tenha um papel orientador que vise o bem estar do binômio mãe-bebê no processo de nascimento. Dessa forma, as práticas de humanização também são utilizadas no caso de cesarianas, por escolha informada e consciente ou por indicação patológica, porém a OMS (1996, p. 5) direciona as práticas intervencionistas no sentido de que, mesmo as intervenções quando necessárias, devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. A entrevistada E5 mostra como a cesariana inclusive é uma das práticas presentes no modelo de humanização quando respaldada pela ciência e pela atenção ao protagonismo feminino:

A experiência da cesariana também pode ser uma experiência extremamente humana, extremamente respeitosa, alegre, numa cesariana necessária. E o bebê foi respeitado no seu tempo. Não foi tirado antes da hora para conforto de ninguém. Tudo, tudo dentro do que é possível, o mais natural que for possível, dentro daquela realidade, daquela mulher. Então, até mesmo a ideia de que parto humanizado é só parto normal, ela é falsa porque o parto humanizado... Algumas mulheres vão precisar de cesariana. Que seja bem feita, mas ela traz alegria (ENTREVISTADA E5).

O movimento de Humanização do Parto, foi se desenvolvendo com vistas a buscar o retorno do parto ao seu evento biopsicossocial que havia se perdido ao longo da captura do parto pela medicina e pelas instituições de saúde, contudo sem perder o benefício da ciência, da tecnologia e da MBE. A partir de 2000, no Brasil, o Ministério da Saúde passou a adotar políticas referente à Humanização do parto e ao atendimento à gestante e à parturiente. A OMS passou a alertar os países membros no sentido de adotar as estratégias de humanização, classificando quais práticas eram benéficas na condução do parto normal, categorizando-as de acordo com o bem-estar e conforto da parturiente, e ainda evidenciando quais práticas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz e quais práticas deveriam ser estimuladas

em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente. De acordo com o que elabora o Ministério da Saúde (2001, p. 38) sobre a Assistência Humanizada à Mulher, o conceito de humanização da assistência ao parto refere ser um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes.

A maioria das mulheres passam por pelo menos uma intervenção desnecessária, ou ainda, passam por intervenções em cadeia, que é quando uma intervenção acaba levando a necessidade de outra intervenção, e faz com que um parto que poderia ocorrer naturalmente, termine em uma sequência excessivamente medicalizada e/ou instrumentalizada, não atendendo às orientações para uma experiência de parto positiva conforme preconiza as recomendações da OMS (2018). Tanto a excessiva medicalização e como também os casos de violência obstétrica se assentam muitas vezes na centralização da figura médica no atendimento obstétrico, principalmente à gestantes de baixos riscos.

Uma sinalização importante para uma mudança de paradigma nesse campo, é que a descentralização do poder médico permite que gestantes possam ser atendidas por equipes multidisciplinares e com menores índices de intervenções e medicalizações, mas também evidencia algo que vai além dos procedimentos pertencentes a um parto tecnocrático. Para que o protagonismo feminino aconteça, essa relação de poder não pode beneficiar uma figura médica como o principal ator do evento do nascimento. Torna-se necessário o despir o nascimento de signos e simbologias que colocam a mulher numa posição objetificada que foi normalizada na lógica tecnocrata. A entrevistada E5 descreve uma cena de parto a partir de uma fotografia pertencente ao seu acervo pessoal. Nessa fotografia, a cena mostra uma gestante em trabalho de parto, sentada em uma banqueta, com seu companheiro a sua frente para pegar o bebê. Ao redor, a fotografia mostra toda a equipe atuando no modelo de assistência obstétrica humanizada, ou seja, “assistindo ao parto”, sem intervenções, sem direcionamentos, sem comandos. Apenas assistindo um processo fisiológico do corpo humano cumprir a sua função e atuando como

apoio e como um suporte caso seja necessário algum tipo de intervenção médica. A entrevista E5, descreve:

Essa é uma experiência de uma mulher sentada. Essa foto está sendo tirada de cima para baixo. [...] Ela está sem roupa por escolha dela e as pessoas estão sentadas no chão aos pés dela. Isso muda a sensação para a mulher a partir do momento que ela está vendo essas pessoas de cima para baixo. Ela está muito menos vulnerável do que deitada, com as pernas amarradas, com as pernas presas no estribo. As falas são sempre assim: “Mas a gente prende para não escapar a perna, para ela ficar mais confortável”. E não, é simbólico amarrar as pernas, é simbólico prender, mesmo que seja com uma fita de velcro. Você está prendendo. Aí ela está sentada numa banqueta acima das pessoas e numa posição que fisicamente ela poderia levantar e fugir. Embora a gente na cabeça não esteja pensando: “Eu quero, eu quero levantar e fugir”. O nosso sistema límbico, todo o nosso sistema mais reptiliano, mais antigo. Ele precisa ter a segurança de que, se precisar levantar e fugir, tem lugar para isso e ela está numa posição para isso. Estar deitada, amarrada, é a antítese disso. Então essa foto é muito legal para mostrar a visão da mulher, ela está vendo o médico, no caso, tem uma parteira e uma doula. Esse de verde é o marido. Nessa etapa no parto humanizado, a gente convida o companheiro ou a companheira a receber esse bebê junto com a gente, junto com a equipe. Lógico, a gente não vai deixar ele pegar tudo sozinho, mas a gente está lá com as nossas mãos, mas a primeira mão a tocar o bebê é a mão da companheira do companheiro (ENTREVISTADA E5).

Finalizando esta seção, as práticas exercidas pelos agentes empreendedores do campo demonstram um conjunto de elementos que foram evidenciados neste estudo: personalidade, papéis, atuações políticas no âmbito micro e macropolítico, mas ainda, dentro de um campo em transformação, atuando como empreendedores que direcionam recursos e esforços para a emergência de uma nova lógica, atuam como ativistas, propagadores de práticas e conhecimentos, apontam caminhos, e se direcionam para um desafio no campo, mesmo diante de muitas adversidades. Ao perceber a captura do processo de gestar e parir pelo modelo tecnocrático, ao evidenciar as rotinas hospitalares, os ensinamentos na faculdade de medicina, ao vislumbrar “toda a crueza, toda a violência, toda o descaso com o

empoderamento das mulheres no processo de parir” o entrevistado E1 tomou a decisão de atuar no campo da assistência obstétrica levantando uma bandeira da humanização e da necessidade de retirar o parto do poder médico:

Que coisa bizarra que é uma mulher ter um filho. Que coisa gritante! Que coisa escandalosa! Eu pensava dessa forma, sim, eu olhava para aquilo assim e pensava: “Eu não ia deixar que fizessem uma coisa dessas comigo”. Eu não entendo como é que essas mulheres são tão passivas. A professora Robbie uma vez fez uma palestra, em lágrimas, na Associação Antropológica dos EUA e disse: “Eu não entendo como é que as mulheres não pegam em armas para se defender dessas violências cotidianas”. Eu senti aquilo como violência. Eu senti aquilo com profunda indignação. E aí eu prometi que, mesmo pagando um preço altíssimo e eu ia dedicar minha vida a essa ideia de resgatar aquilo que é o que eu entendia como uma expropriação indevida, indecente, imoral da potencialidade feminina de gestar e parir. É a retirada indevida da sua autonomia no momento de ter seus filhos! Então foi toda a minha carreira, foi uma profissão de fé, foi levando uma bandeira, foi carregando ideias através da minha prática (ENTREVISTADO E1).

O exercício das práticas que remetiam ao modelo de humanização do nascimento foi um dos principais pilares constituídos dentro do movimento uma vez que exerceram diversas funções que colaboraram com a construção da lógica da humanização do parto e nascimento. Essas práticas atuaram como rizomas importantes para conectar os agentes empreendedores, tiveram um papel social educativo evidente desde a formação de grupo até a dispersão dessas práticas dentro das instituições de saúde, propiciaram um papel política na exposição de necessidades de políticas públicas e da promulgação de leis, normativas e resoluções que auxiliaram na busca por maiores direitos na assistência obstétrica, e continuam, através de suas práticas, fortificando dia a dia a ascensão da lógica de humanização do parto e nascimento.

5.4 ATUAÇÃO E REVERBERAÇÕES DOS PILARES REGULATIVOS, NORMATIVOS E COGNITIVOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

O Ministério da Saúde tem seguido nos últimos anos (até 2018) as diretrizes de órgãos de referência e a partir dessas diretrizes, formulado as políticas públicas referentes ao nascimento no Brasil. Não é algo obscuro também, o fato de que o sistema obstétrico vigente ainda não adotou satisfatoriamente tais políticas enquanto prática institucional. Assim como explica Bartley (2018, p. 146), os governos nacionais são os atores centrais na maioria das teorias da ciência política e atuam de forma global com muitos órgãos internacionais, porém o poder de influenciar as suas organizações nacionais acaba ficando em segundo plano. De forma que, como no exemplo do sistema obstétrico brasileiro, vemos o governo e órgãos internacionais executarem políticas e ações em conjunto, porém é necessário averiguar como essas políticas chegam realmente a modelar as práticas institucionais e vice-versa, dado que as corporações também desempenham papéis na governança global, enquanto patrocinadores, inibidores e provedores (BARTLEY, 2018, p. 146). Entender essa dinâmica quando falamos do sistema obstétrico também se configura como um campo de estudo necessário para entender o motivo das diretrizes de órgãos governamentais e instituições privadas nem sempre caminharem na mesma direção.

Políticas públicas de Estado se fazem com o papel de exercer sobretudo o seu papel normatizador e regulador, e por meio delas o Ministério da Saúde buscou implantar um conjunto de ações através de portarias ministeriais com o objetivo de estimular a melhoria da assistência obstétrica, destacando a Portaria Nº 9, de 05 de julho de 2000, que normatiza a adesão dos municípios ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, conforme estabelecem as Portarias Nº 569 e Nº 570, ambas de 1º de junho de 2000.

Para a inteligibilidade da atuação e reverberação dos pilares normativos, cultural-cognitivos e reguladores das instituições (SCOTT, 2005) precisamos levar em consideração que essa separação apenas ocorre de forma conceitual, pois dentro do campo, comportamentos, rotinas, procedimentos, ações e ideologias transitam entre os pilares fazendo a sua função como modeladores da formação da lógica a partir da sinergia desses conceitos. Ao longo da análise de dados feita até então foi possível entender o desdobramento das ações que

atuaram na construção do campo da humanização como uma lógica emergente.

A contextualização a partir da historicidade da assistência ao parto e nascimento, o poder relacional subjacente ao corpo feminino e seus processos dentro do sistema obstétrico vigente, evidenciando os parâmetros socioculturais e científicos que sustentam tal relação mostrou como os processos relativos ao nascimento foram aos poucos capturados pela lógica tecnocrata do campo. O parto, que durante muito tempo foi reconhecidamente tratado como um fenômeno fisiológico, passou por um processo de medicalização e institucionalização, saindo do campo de atuação predominantemente feminino entre gestantes, parteiras e familiares e indo para o campo institucional, ganhando espaço em instituições hospitalares e de ensino, como campo de estudo da medicina e enfermagem. Este foi um processo que ocorreu gradativamente em meados da década de 1850, onde até então as parteiras leigas e até mesmo, diplomadas em escolas estrangeiras, acomodavam-se no espaço urbano sem muita concorrência entre parteiras e médicos (DE MEDEIROS, DE CARVALHO, TURA, 2018).

Mas para que o parto pudesse chegar aos meios institucionais foi necessário dar início a um processo de medicalização e institucionalização do parto, e assim, a prática cotidiana de assistência obstétrica pôde então ser transformada em um saber-poder-fazer essencialmente masculino, uma vez que o campo da medicina foi durante muito tempo uma arena masculina (WOLFF e VASCONCELOS MOURA, 2004, p. 280). Diante dessa captura, para que mulheres pudessem permitir a entrada de uma assistência predominantemente masculina em um evento tão íntimo, foi necessária uma remodelação da forma que o parto era tratado, de um evento biopsicossocial, natural e intuitivo, para um objeto de estudo agregado da segurança e conhecimento de uma instituição médico-científica detentora deste saber-poder.

A identificação dos agentes (empreendedores institucionais) (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) que atuaram através de papéis centrais e determinantes na emergência da nova lógica institucional (MCPHERSON & SAUDER, 2013) de parto humanizado, tratado aqui no item 4.2, foi fundamental

para relacionar esses agentes a um exercício através de práticas que foram institucionalizadas através da ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) que teve início em 1993, a partir de um conjunto de agentes empreendedores que dispuseram de recursos e esforços para a construção da lógica, e através de um movimento de expansão, hoje conta com mais de 330 associados pelo Brasil. O papel desses agentes demonstrou fundamental na construção de um conjunto de práticas exercidas pelos agentes empreendedores institucionais (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) para a emergência de uma nova lógica (humanização) em um campo institucional já identificado à uma lógica dominante e conflitante (tecnocracia), como vimos no item 4.3. Ao vislumbrar a emergência de um comportamento de humanização ainda de forma muito individualizada, aos poucos essas pessoas passaram a encontrar interlocução dentro do campo a partir do encontro de outros indivíduos que compartilhavam de um mesmo campo ideológico.

Nesta seção, objetiva-se demonstrar por meio da repercussão de práticas que atuaram como uma representação ideológica – comunitária entre os agentes empreendedores do campo como ocorreu a reprodução dos pilares regulativos, normativos e cognitivos (SCOTT, 1995) da assistência ao parto repassadas durante o processo de aprendizagem profissional.

Podemos interpretar que as práticas da humanização inicialmente surgiram a partir do âmbito cultural, a partir de fatores intrínsecos dos profissionais, através de demandas que foram aceitas de alguma forma nas relações de mercado, em crenças ainda dispersas de alguns indivíduos que viam naquela mulher que estava dando à luz um bebê, algo que ia além de um procedimento médico. Mas também como um contraponto aos excessos de procedimentos, intervenções e de cesarianas. A cultura do parto normal que estava sendo cada vez mais prejudicada devido a sua excessiva medicalização e instrumentação, deixou a opção por uma cirurgia cesariana planejada, com anestesia, e uma relativa curta duração, cada vez mais atraente, tanto para as mulheres quanto para os médicos e demais profissionais, que poderiam liderar um evento na sua totalidade, e capturar totalmente dentro de uma estrutura organizacional que é atraída pela possibilidade de ter o planejamento e o controle das práticas que ocorrem dentro dos seus domínios. Tais práticas

rapidamente se espalharam pelo mundo, porém, o que foi visto é que a mortalidade materna e neonatal não diminuiu apesar de toda tecnologia do parto como um evento médico. Pelo contrário, um estudo realizado nos EUA mostrou que a excessiva medicalização e o aumento das cesarianas pioraram as taxas de mortalidade:

Os obstetras ignoraram o fato de que os países que utilizaram menos intervenções médicas durante o parto tendem a ter as melhores estatísticas de parto. Enquanto 85% das mulheres com parto no hospital dos EUA tiveram episiotomia, apenas 8% das mulheres holandesas e apenas 3% das mulheres suecas as receberam. Enquanto 25 a 33% das mulheres nos EUA são submetidas a um parto a fórceps, apenas cerca de 5% das mulheres europeias recebem este tratamento. E considerando que mais de 20% das mulheres americanas que têm partos em hospitais têm uma cesariana, a Organização Mundial da Saúde estimou de forma conservadora que 'não há justificativa para que qualquer região tenha uma taxa superior a 10-15%' (ULLMAN, 1991, p. 75)

Outras pesquisas começaram a surgir evidenciando que países com menores intervenções no parto, são países com menores taxas de mortalidade materna e infantil, assim como complicações no parto (TORNQUIST, 2004). A OMS (1996, p. 5) ainda complementa que as intervenções quando necessárias, devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. E assim, uma lógica dominante e legitimada como a lógica tecnocrata passou a ser cada vez mais questionada, em diversos países, principalmente no Brasil, haja visto que o país tem altas taxas de cesarianas e de intervenções no parto. De um lado, o parto técnico, medicado e instrumentalizado que tende a 'facilitar' o trabalho das instituições de saúde, garantindo maior controle sobre um evento que antes de sua medicalização era totalmente incontrolável, que ocorria de intuitivamente e de acordo com sua natureza biológica, e de outro lado, as evidências de que essa captura tinha tornado o parto um evento perigoso, pelas taxas de mortalidade materna e neonatal que incomodavam organizações nacionais e internacionais de saúde. O movimento de Humanização do Parto, foi se desenvolvendo com vistas a buscar o retorno do parto ao seu evento biopsicossocial que havia se

perdido ao longo da captura do parto pela medicina e pelas instituições de saúde, contudo sem perder o benefício da ciência, da tecnologia e da MBE.

Como explicado pelo entrevistado E1 o vislumbre dos nascimentos como um evento pertencente a mulher são “momentos de epifanias, mas as epifanias só acontecem quando existe uma preparação prévia”. Pequenas práticas que começaram a ser exercidas de forma isolada, passaram a ser compartilhadas aos poucos – culturalmente, principalmente, dentro de comunidades, ou até normativamente, dentro de instituições – e foram alcançando maior público e propiciando um diálogo sobre o exercício dessas práticas.

Assim, foi possível perceber que as práticas associadas principalmente ao pilar cultural, passaram a ser estudadas, e principalmente com o surgimento da Medicina baseada em Evidências (MBE) como uma prática acadêmica cada vez mais disseminada, ocorria um enlace com pilares cognitivos, através da atuação da ciência, da elaboração de estudos e pesquisas, de resultados de experiências, as práticas da humanização passaram a receber maior legitimidade acadêmica. A expansão das práticas nos âmbitos culturais-cognitivos, a adoção nas mesmas por instituições tanto de formação acadêmica quanto instituições hospitalares e políticas auxilia no crescimento que uma expectativa social em relação à adoção de tais práticas, de tal forma que o pilar normativo das instituições passa a se relacionar cada vez mais com as ações e ideologias do campo.

O entrevistado E4 a seguir fala sobre sua percepção acerca da mudança cultural, que se trata justamente de uma sobreposição de elementos que vão desde boas práticas até políticas públicas que possam garantir uma boa assistência ao parto no Brasil. Na pesquisa de campo, um ditado comum entre indivíduos parte do movimento é de que “faz-se parto ruim como estratégia para vender cesárea”. De fato, a cultura do Brasil é permeada pelas violências sofridas por mulheres ao longo dos anos que se faz acreditar em um ideário de que a cesárea desnecessária é melhor por diversas questões que vão desde a dor até questões socioeconômicas, de quem “só tem parto normal quem não pode pagar por uma cesárea”. Assim, é evidente a necessidade de uma mudança cultural, mas o entrevistado E3 explica que a disseminação de boas

práticas pode ser o elemento chave para que essa mudança comece a acontecer, como explicado a seguir:

A cultura come a estratégia no café da manhã. A cultura engole a estratégia. Fazer estratégias de defesa, não resolve. A cultura, ela vem carregada de várias questões, ela é mutável. Se ela veio de algum lugar, ela veio da repetição de creditações daquela, daquele, aquele povo, daquela turma ali, que foi criando uma cultura. Eu acho que a gente não deve fazer estratégias para mudança de cultura. Eu acho que é o contrário. A gente tem que fazer estratégias para oferecer o que a gente acha que é melhor. Consequentemente, a cultura vai mudar lá na frente. Por que a cultura na Inglaterra é da mulher querer parto normal? Porque funciona do jeito certo. Se funcionasse errado, eles iam querer cesárea também, né? O ser humano é ser humano em todo lugar, né? Se lá no Nepal começaram a violentar as mulheres no parto normal e a cesárea vai parecer que é a coisa melhor. Então isso não é cultural do Brasil. Isso e isso vem pelas políticas que foram sendo instaladas no SUS, né? (ENTREVISTADO E4).

Como visto anteriormente, a representatividade normativa e cultural-cognitiva das práticas de humanização no campo, acaba por fomentar a necessidade de elementos que possam regular essas práticas, seja através de políticas públicas que visam preencher lacunas sócio-políticas, mas principalmente e legislações e outras regras que estabeleçam direitos e deveres, sociais, políticos, profissionais e institucionais dentro da lógica em emergência. Esse desencadeamento dos pilares dentro no campo da assistência obstétrica no Brasil foi possível de ser evidenciada durante todos esses anos de empreendedorismo realizados pelos agentes da ReHuNa, desde 1993. A Linha do tempo da ReHuNa, explicitada no item 3.1.3 e a análise de dados realizada até então evidenciou o quanto de resultados políticos, normativos e culturais-cognitivos já foram conseguidos até então.

Os seminários realizados pelo movimento que reuniam principalmente profissionais e instituições como Ministério da Saúde, CREMERJ e CFM, ganhavam visibilidade também para a população em geral, como mostra a fala da entrevistada E3 “o pessoal da limpeza ficou assistindo lá de cima e as mulheres ficaram encantadas porque o vídeo é de puro respeito”, as ações na

mídia realizadas nos programas do GNT, a entrevista com a Marília Gabriela, os documentários do Renascimento do Parto I, II e III exibidos em plataformas de streaming, nas exposições fotográficas, os vídeos de parto compartilhados na internet, essas e outras ações fomentavam principalmente o crescimento de um pilar cultural-cognitivo na sociedade para que tais práticas de humanização fossem assimiladas, reconhecidas e debatidas no campo micropolítico.

Para Scott (1995), os elementos das instituições – reguladores, normativos, cultural-cognitivos – podem não estar alinhados, e um pode minar os efeitos do outro e ainda os limites dos campos organizacionais são muitas vezes vagos ou fracos, permitindo que lógicas alternativas penetrem e apoiem modelos divergentes de comportamento. O exemplo a seguir mostra como sanções regulativas podem surgir a partir de promoções culturais para a visibilidade da perspectiva humanizadora do parto:

Em 2012, teve uma vez que um parto humanizado apareceu no Fantástico, da Sabrina. Ele teve dois milhões e meio de visualizações, agora já ultrapassou oito. A última vez que eu olhei já tinha ultrapassado 8 milhões. Já deve estar, sei lá... E aí ele apareceu no Fantástico e aí apareceu o João⁹ dizendo que parte do OMS quer um parto domiciliar, né? Que era tudo tranquilo e que tinha evidências, etc e tal. E o CREMERJ de o famigerado CREMERJ, quis que o Conselho Regional de São Paulo retirasse o direito dele de fazer medicina, pela fala dele. Em menos de uma semana o movimento social tinha se articulado, e fez uma mobilização em 30 e tantas cidades do país. [...] A gente até participou e aparecemos no Renascimento do Parto. Foi filmado. [...] Duas vezes saiu no Fantástico. O CREMERJ ficou entalado na garganta e aí no mês seguinte, em julho, soltou as resoluções 265266. Que uma delas proíbe o médico, que é diretor de hospital, deixar a doula parteira, obstetrix e etc. atender no seu hospital. A outra proibia médico de dar retaguarda a partos domiciliares. E aí a gente teve um abaixo assinado e pedimos posicionamento e notas de repúdio. Por exemplo, eu consegui uma nota de repúdio do Conselho Nacional de Saúde. O ministro da Saúde entrou na jogada, ele recebeu esse abaixo assinado com mais de 8000 assinaturas. O Conselho Federal, o CREMERJ tentou que o Conselho Federal de Medicina endossasse essas resoluções. Do que eu sei, o Ministério da Saúde entrou e negociou. E o Conselho Federal? Assim, cada

⁹ Omissão do nome.

unidade tem sua autonomia, mas a gente não tem obrigação de endossar essas coisas” (ENTREVISTADA E3).

O trecho demonstra claramente um conflito dentro do campo onde instituições acabam lidando com situações pertencentes à essas lógicas conflitantes. No movimento de humanização do parto e nascimento, a utilização de fatores regulativos como ferramentas de coação e de sanções profissionais ocorreu por algumas vezes. Para Scott (1995), grupos e interesses reprimidos podem mobilizar e promover com sucesso novos modelos de estrutura e repertórios de atuação, no entanto como cita o entrevistado E4 é uma atuação muito difícil pois encontra resistências e sanções disciplinares perante instituições por se utilizarem de práticas conflitantes com a lógica tecnocrata já estabelecida:

Eu também eu comecei a sofrer uma certa resistência, porque quando eu vim para São Paulo tinha quatro médicos, só que atendiam nesse formato. Hoje em dia tem 40, mas então eu fui o quinto a chegar aqui, né? Só que nesta ocasião dois já tinham sido exonerados. Exonerados? Não, eles tinham sido como diz a palavra, defenestrados da Maternidade A10. Não queriam mais eles lá, esses foram descadastrados. Mas eu cheguei com o pé na porta também, querendo mudar coisas, querendo fazer coisas que ninguém fazia. Então tinha parto de gêmeos, parto pélvico, versão cefálica externa, parto depois de três cesárea, depois de quatro cesáreas e um monte de coisas diferentes. Isso gerou conflitos nos hospitais A e B11, que me renderam duas sindicâncias no hospital B, que foram para o CRM e me renderam cinco sindicâncias no Hospital A. Dessas cinco, duas estão arquivadas. Tem três que estão ativas ainda. Mas o que aconteceu em 2020? A somatória de sindicâncias que estavam emboladas lá na mesa do cidadão, lá do CRM ele pegou e dia 15 de março de 2020 eu recebi uma carta do CRM com os seguintes dizeres: “A partir do dia 17 de março” – dois dias depois – “você está com seu CRM suspenso por seis meses sem com possibilidade de prorrogação da suspensão. Entregue o seu CRM amanhã no Conselho Regional de Medicina”. Foi um super balde de água fria para mim, porque? Um mês antes, eu tinha assinado o contrato com um consultor novo, eu tinha alugado uma baita de uma casa, começado uma reforma fazendo um monte

¹⁰ Omissão do nome verdadeiro.

¹¹ Omissão do nome verdadeiro.

de coisa para abrir um consultório novo e não tinha o CRM mais para poder, como se eu fosse um taxista que acabei de comprar um carro novo e não tenho CNH para dirigir. Tinha guardado um dinheiro que metade desse dinheiro foi todo para reformar o consultório e eu falei: “Não vou continuar, já que eu não vou poder atender, eu vou chamar os médicos, formar um grupo, quem sabe agora eu consigo formar o grupo que até agora não deu certo ainda?” Aí, nesse mesmo tempo, eu entrei com uma tentativa de liminar na Justiça comum para ver se derrubava a suspensão. A juíza negou e falou: “Não tenho competência para julgar isso, isso aí o CRM que tem que ver mesmo”. Aí entrei com um pedido no CFM, Conselho Federal de Medicina, que demorou quatro meses para ser julgado e absolvido (ENTREVISTADO E4).

No entanto, o simples fato de existir legislações que regulem as práticas dentro do campo, não significa que a regulação seja exercida. Os fatores regulatórios, atuam como mecanismos reguladores da sociedade através de regulamentos, regras e legislações por exemplo, mas é necessário que tenha legitimidade, significância e fiscalização para que elas exerçam seu papel. A entrevistada E3 cita como mecanismos regulatórios podem existir mas nem sempre compactuam com a lógica em exercício pela falta de cumprimento e de legitimação:

Vou te dar um exemplo: Suponha que você tem um hospital escola que não admite acompanhante nem para adolescente. Ora, nós temos a lei do Acompanhante 11.108, que é de 2005, e nós temos o Estatuto da Criança e do Adolescente, que é de 1990. O que aquela faculdade está ensinando como currículo oculto para os estudantes de medicina? A lei existe, mas nós não precisamos seguir (ENTREVISTADA E3).

A Lei Federal nº 11.108/2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, disserta em seu artigo 19 que “os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, o parto e pós-parto

imediatamente” (BRASIL, 2005). Apesar a existência legal do direito a um acompanhante no momento do parto em sua integralidade, as denúncias do não cumprimento da lei são muitas. No dia 11/07/2022, um caso de violência obstétrica foi a público – um anestesista foi preso em flagrante ao ser filmado pela equipe de enfermagem abusando sexualmente de uma parturiente durante a cesárea (Portal G1, 2022). O caso configura um tipo de violência obstétrica pois, como situa Lansky *et al.* (2019), o conceito “*disrespect and abuse during childbirth*” é utilizado internacionalmente para a designação de qualquer violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto. Este acontecimento que gerou grande comoção pública devido a sua magnitude, trouxe novamente à tona a falta de cumprimento da Lei do Acompanhante pelas instituições de saúde. Para o entrevistado E4 para a legitimação de ações regulatórias é necessário que a população entenda a importância e o significado daquela lei e que passe a fiscalizar seu cumprimento:

Então, óbvio que toda lei que tira algumas pessoas da zona de conforto e gera uma certa dificuldade, mas quando faz sentido, a lei pega rápido. Eu acho que pegou rápido essa lei do cigarro. [...] Quando a lei faz sentido, ela pega. E aí as próprias pessoas começam a fiscalizar a lei, porque a pessoa se sente envergonhada de fumar, porque o tal olhando sabe que está descumprindo a lei. Assim como hoje a vaga do idoso foi tanto falado isso que a pessoa tem vergonha de parar na vaga de idoso que para porque é um contraventor mesmo. Agora a punição também é um segundo fator. Se não vai pelo amor, vai pela dor, né? Então, quanto mais pelo amor for, melhor, né? E aí, por exemplo, a lei do acompanhante é fundamental. Em alguns lugares, foi pelo amor, o que foi ótimo. A gente queria mesmo que os acompanhantes entrassem, porque a gente já sabe que é bom, que ajuda a mulher, não sei o quê. Só que não tem em um monte de lugar. E aí tem que ser pela dor. Falar não, aqui não cabe. O cara vai ficar olhando a mulher do outro e monte desculpa esfarrapada para não cumprir a lei. Aí a enfermaria, aí tem que ter alguma multa lá pra resolver, né? Então eu acho sim que leis são importantes, assim como resoluções são importantes, por exemplo, citando duas que eu acho importantes há 2002. A RDC 50/2002 da Anvisa, que ela regulamenta os locais de atendimento de saúde, incluindo maternidades como eles devem ser. E a principal de todas é a RDC 36/ 2008, da Anvisa, que regulamenta o serviço de maternidade. Se só essa regulamentação fosse seguida, a gente não estaria nem aqui conversando. Já estava tudo certo, já funcionando nos lugares. É de 2008 essa resolução.

Então, assim, ter resoluções ajudam. Mas precisa ter fiscalização. Precisam ter programas que deem condições para que as resoluções sejam implantadas, implementadas. Essa questão do acompanhante não pode aqui porque vai ficar vendo a mulher do outro depois (ENTREVISTADO E4).

Das resoluções citadas pelo entrevistado E4, a Resolução DC/ANVISA nº 50 de 21/02/2002, citada anteriormente, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (BRASIL, 2002) e a Resolução Nº 36, de 03/06/2008, dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2008). Esta última considera entre outras disposições, o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna; considera que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico; considera a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003 como alguns parâmetros balizadores para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2008), que como dito, se fossem cumpridos, os debates incitados pelos agentes da humanização seriam desnecessários, pois teríamos uma lógica voltada para a humanização do atendimento como regra nos serviços prestados na assistência obstétrica. O entrevistado E4 cita ainda que o desconhecimento das vantagens de determinadas leis é algo que a deslegitima inclusive entre profissionais:

Se você faz um treinamento com profissionais mostrando o benefício dos acompanhantes e mostrando como é na prática, esse cara que fala mal, ele vai começar a falar bem, ele vai achar ótimo. Eu me lembro muito bem de um chefe de uma UTI neonatal que a gente foi visitar uma vez aqui em São Paulo, maternidade de Interlagos, e que ele falou que já fazia dois anos, que tinha a lei do acompanhante da UTI lá no hospital. Ou seja, a UTI era 24 horas aberta

para pai e mãe entrar e ver o bebê e tinha um horário de visita extra para outros familiares. Mas pai mãe era 24 horas, de entrar a hora que quisesse, porta aberta. Ele falou que quando saiu essa norma lá interna, ele ficou com os cabelos em pé. Ele disse: “Meu Deus, pelo amor de Deus! Como vai ser? Imagina? A UTI aqui aberta, os caras entrando e saindo e ainda por cima, de vez em quando tem alguma intercorrência e eles vão ver a intercorrência, vão passar mal, vai ter que cuidar deles também, né?” Aí eu lembro muito bem dele falando sim, falou: “Hoje já faz dois anos que a gente tem essa norma interna aqui dentro e eu não abro mão jamais dessa norma”. Por quê? Em primeiro lugar, quando não tinha a lei do acompanhante da UTI, ficava uma fila na porta lá e no horário x, enrolava a UTI de uma vez só. Quando você abrir o horário, cada um vai no horário diferente. Segundo, tinha o horário de dar o boletim do que estava acontecendo com cada bebê, então eles perdiam duas horas do dia só para ficar dando boletim do que estava acontecendo com cada bebê e agora não, conforme os pais já entram na visita, eles já vão vendo que está acontecendo, não precisa de boletim. Terceiro, que foi mais impactante para mim na fala dele foi que, a partir do momento que eles começaram a ver as intercorrências e ver a nossa preocupação na intercorrência – Faz isso, faz aquilo, resolve aquilo, resolve aquilo, outro – o que mudou? Primeiro, quando o pai ficava lá fora e eu chegava lá na porta dizendo: “Olha, fizemos tudo pelo seu filho, mas ele morreu”. Os pais queriam me dar um chute na cara. Eu tinha pai que bateu em mim, inclusive que me empurrou. Como assim? Eles não fizeram! A partir do momento que eles começaram a acompanhar as intercorrências, eles começaram a ver que tinha sido feito tudo e eu recebi até flores, depois presente para agradecer, porque apesar de ter morrido, eu fiz tudo para tentar salvar o filho dele. Então, hoje eu não troco mais a lei do acompanhante e eu era uma pessoa que era contra, entendeu? Então eu acho que a forma de sensibilizar profissionais nessa mudança da cultura organizacional e ouvindo experiência de outros profissionais, ouvindo experiências de pessoas, clientes, pacientes que passaram por essas questões. Mas cabe também às instituições, sejam elas privadas ou públicas, promoverem cursos sobre isso (ENTREVISTADO E4).

Por isso a importância do papel coadjuvantes dos pilares normativos e social-cognitivo na formação de pilares regulatório. É necessário ter legitimidade perante os atores sociais para que leis, regulamentos e regimentos sejam capturados de forma consciente e sustentável. Os entrevistados E1 e E2 citam sobre essa necessidade de conhecimento, sobre as falhas inerentes no

pilar cultural-cognitivo que propiciam o abuso do poder-saber e de outras práticas intervencionistas e até mesmo de violência:

É por isso que eu digo nada disso pode ser feito por decreto. Isso tem que ser feito através de um processo educativo. E esse processo educativo significa que a gente tem que educar nas nossas práticas escolares de educação sexual, incluir parto como parte da vida sexual normal de uma mulher. As mulheres têm que ser educadas a respeito do parto e o que a gente vê com muita frequência e mulheres profundamente deseducadas a respeito disso. Foram 300 anos de destruição. 300 anos de destruição da imagem feminina do evento do parto e, mais precisamente, o século XX, foi o século da destruição da parteria. E agora nós temos, nós vamos lentamente ter que recuperar isso (ENTREVISTADO E1).

Aí você vai esbarrar em educação, porque a gente está cansado de saber que mulher não faz a menor ideia de como é que desenrola o trabalho de parto, o que está certo, o que está errado, o que é direito, que não é assim... Aí o médico faz esse endeusamento e, isso sim, é cultural esse endeusamento de médico, a gente não é ensinado a ter independência. Mas você não é ensinado de verdade o que acontece com o seu corpo para você poder decidir? Quero isso, não quero isso, isso me serve, isso não me serve. Então sim, a gente tem um problema muito sério de educação. A educação formal, a educação sexual, a educação de cidadão, saber entender o que é ter o direito e inclusive é aí, nossa, que quem está acima de você é quem pode decidir. E pinta e borda porque qualquer coisa que a pessoa falar, você não tem argumento (ENTREVISTADA E2).

Inclusive na formação da demanda, pensando na lógica de humanização do nascimento como uma prática de mercado, onde a demanda torna-se consciente do atendimento que tem direito por lei ou por troca de mercado, ter informação é essencial e é inclusive uma das diretrizes propostas para uma experiência de parto positiva conforme preconiza as recomendações da OMS (2018), evidenciado no Quadro 3 (Práticas recomendadas e não recomendadas, de acordo com o modelo de cuidados intraparto) é a escolha informada e é papel do Estado propiciar medidas de políticas públicas que assegurem que a mulher tenha todo o conhecimento necessário sobre os processos inerentes ao seu corpo e à gestação, parto e puerpério para que a mesma tenha papel ativo durante o nascimento. O entrevistado E4 traz como

uma das soluções para a emergência da lógica da humanização o modelo de mercado, que regula a oferta através da demanda:

Eu acho que tem que vir demandas. De um lado, a demanda principal é o que faz com que o movimento aconteça que é a demanda das mulheres que dizem: “Olha, eu não quero aquele parto da minha mãe, do médico subia na barriga dela e cortava a vagina, mas eu também não quero marcar a cesárea. Eu quero um negócio melhor que isso, né?” Isso tudo que que fomenta o movimento de humanização do parto. Então, a demanda das mulheres, seja no público, seja no privado, é o carro chefe de mudanças. Porque se as mulheres todas desistirem e falar eu quero cesárea, então acabou, acabou, não tem o que fazer. Então, a demanda das mulheres é o carro chefe, institucionalmente falando (ENTREVISTADO E4).

A realização de alianças com outras instituições já legitimadas dentro do campo é uma forma de auxiliar na construção de legitimidade do próprio movimento. Esse ganho de legitimidade dentro do campo coloca o movimento como parte dos tomadores de decisões, e possibilita que os empreendedores institucionais através do movimento de humanização atuem nas bases regulativas e normativas através da participação na elaboração de resoluções, no papel de uma agencia a ser consultada e um papel influente nos âmbitos, sociais, políticos e institucionais. Novamente evidenciado pela fala da entrevistada E3, a utilização estratégica de alianças é uma das práticas que auxiliam a conferir legitimidade de uma nova lógica a um mercado, ou campo institucional:

Por exemplo, Conselho Federal de Medicina, em 2019, soltou uma resolução que falava de autonomia da mulher, dada autonomia do paciente, a autonomia do médico: 2232, se não me engano. É no caso de o médico achar que o bebê está em risco, ele pode atropelar autonomia da mulher e fazer o que ele acha que tem que fazer. E a gente, o que eu acho bacana, que a ReHuNa, construiu uma legitimidade e um reconhecimento. Então a Câmara Federal convida o Senado, a Defensoria Pública, Ministério Público. Internacionalmente, a gente tem esse reconhecimento também, né? Eu acho que isso é uma construção. Vamos dizer nossa, né? A gente conseguiu construir essa visibilidade e essa legitimidade, esse respeito. E aí a Defensoria Pública de São Paulo fez, no dia 7 de novembro de 2019, uma audiência pública, no 8 de novembro foi no Rio de Janeiro e no 12 de

Novembro em Brasília e a ReHuNa esteve presente no Rio de Janeiro, no dia oito, e na de Brasília eu estava no Rio para um outro evento e mas participei. E no final, o Ministério Público, em parceria com a Defensoria, encaminharam uma recomendação que o juiz acatou e hoje em dia, quando entra no site CFM, na resolução 12232, você vê que lá está suspenso por decisão jurídica. Esses itens que tiram a autonomia da mulher que o médico pode atropelar é daí pra frente. Agora, a nossos aliados será o Ministério Público, inclusive. O Ministério Público do Trabalho convidou a ReHuNa, entre outras 40 organizações, por conta daquela legislação que tira insalubridade da mulher gestante e lactante. Eles montaram um grupo de trabalho, fizeram uma campanha, fizeram um material de divulgação. A Logo da ReHuNa está com material de divulgação. Então, assim a gente tem feito essas alianças. A gente tem que construir, a gente tem dado respostas competentes, que eu acho que é basicamente isso que faz a gente ganhar o respeito (ENTREVISTADA E3).

Dacin, Oliver e Roy (2006) citam como a estratégia de formação de alianças ainda era negligenciada como uma forma de conferir legitimidade a organizações que chegam em novos campos, como forma de diminuir as barreiras de entrada. E era uma das estratégias já utilizadas pela estrategista (entrevistada E3) para melhorar a legitimação das práticas exercidas pelo movimento. Essa legitimidade permite ao movimento uma atuação mais assertiva para promoção das suas práticas, mas também para combater práticas conflituosas, como a resolução citada no excerto anterior.

A Resolução nº 2.232, de 17 de julho de 2019 (ANEXO C), estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente e foi elaborado pelo CFM conforme citado pela entrevistada E3 acima, no entanto, após mobilização dos agentes no campo, como evidenciado no discurso, o Ministério Público, em parceria com as Defensorias Públicas do Estado de São Paulo entendeu que a resolução era excessiva na determinação de autonomia do médico.

No entanto, em agosto de 2020, após a atuação do movimento através dos órgãos regulativos já citados, a interpretação dessa resolução foi de que a mesma interfere negativamente na autonomia da mulher em relação ao parto e a destitui do direito de escolha informada e assim os artigos 3º, 4º, 5º, 6º e 10

da Resolução CFM nº 2232/2019 foram suspensos após determinação da Justiça do Estado de São Paulo (PORTAL CFM, 2020).

Assim, os empreendedores institucionais que elaboram o movimento da humanização passar a ter cada vez mais possibilidades de atuação como agentes regulatórios em práticas pertencentes à outras instituições por exercerem um papel formatador de outros campos que tangenciam a assistência obstétrica como:

O quando teve um concurso para polícia na Bahia, que o pessoal queria que tivesse um teste de Papanicolau. Mas se a mulher fosse virgem, então não dá pra fazer o teste Papanicolau. E aí tinha que vir com atestado de virgindade de um ginecologista. Eu liguei pra ele assim: Cara, quem recebe essas inscrições é um escriturário. A mulher vai entregar para um escriturário uma declaração de que ela é virgem? Cadê a ética médica? Cadê a confidencialidade?" Sabe? Pronto! E conseguimos suspender esse concurso. Aconteceu a mesma coisa num concurso para bombeiro no Distrito Federal (ENTREVISTADA E3).

As questões regulativas dentro do campo também se mostram insuficientes para abranger todas as necessidades institucionais. O entrevistado E4 afirma que faltam elementos regulativos suficientes no próprio Ministério da Saúde para que exista uma equiparação entre o atendimento à um parto normal, pensando em um exemplo do ideário da humanização do nascimento e uma cesárea agendada, elemento figurativo da lógica tecnicista. Pensando nas lógicas de mercado, de produção e remuneração pela produtividade, não há como equiparar esses dois modelos da forma como ela ocorre hoje:

Se o fim lucrativo é a questão, eu tenho que olhar a planilha no fim do mês e ver se fechou a conta, né? E aí, o que acontece é que a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que foi fundada no ano 2000, se deve conhecer a história mais ou menos delas, e elas foram criando um rol de procedimentos que eram periódicos. Agora está aberto e que agora essa semana inclusive teve uma questão que foi a não obrigação das operadoras não cobrirem aquilo que estiver por fora do plano e o que não estiver no rol de procedimentos e que é um baque. Mas eu entendo financeiramente essa questão, mas acho que seria o certo, mas ok. Mas o que acontece é que a

MS é um bebê ainda e por ela ser um bebê, ela não aprendeu nem a andar ainda direito. E aí, como aprendeu a andar direito? Tem um monte de coisa que não dá pra fazer. Ela não é uma instituição madura ainda. [...] O MS até hoje não regulamentou ainda a assistência ao parto, simples assim. Ele não tem regulamentação adequada para a assistência ao parto. Historicamente, foi fazendo com que a cesárea se tornasse muito mais atrativa: por ter hora marcada, e o parto normal, que não tem hora marcada. Fora que na cesárea você não precisa lidar com questões emocionais que você precisa lidar no parto normal. Então, o parto normal, ele tinha que ser, pelo menos na minha opinião, umas cinco vezes mais remunerado do que uma cesárea marcada. Então, se tinha lá x para cesárea, seria 5x no parto normal, pelo menos para que isso ficasse justo, quando só esses dois itens são analisados. Em 2012, o MS incorporou no rol de procedimentos um segundo procedimento de obstetrícia, que é a assistência ao trabalho de parto por hora, por no máximo 06 horas, que é um código novo que pelo menos paga-se 06 horas de trabalho de parto. Já é um ganho, que não tinha antes, mas ainda falta, porque um parto que dura 06 horas, é um parto muito rápido. O ideal é que não tivesse esse teto de horas. Fora que faltam procedimentos, por exemplo, não há cobertura alguma para indução de parto. Indução é zero. Ninguém recebe nada por isso, nem médico nem hospital. E a disponibilidade ao parto também não é coberta e não é exigida pela MS que seja coberta (ENTREVISTADO E4).

As atuações referentes ao pilar normativo estão arraigadas nos demais pilares, mas na perspectiva conceitual de Scott (1995) podemos dizer que elas tratam das expectativas em relação aos atores pertencentes aquele campo. Um conjunto de expectativas do mercado, das instituições, das mulheres, dos pares, da comunidade acadêmica e que acabam moldando institucionalmente um comportamento reconhecido na Teoria institucional como *embeddedness*, que Granovetter (1985) situa o comportamento social como um comportamento imerso em uma rede de relacionamentos sociais que desencorajam um comportamento fora do que esperado pelo meio considerando principalmente os valores de mercado pertencentes à economia clássica e neoclássica (GRANOVETTER, 1985). Ao pensar na perspectiva tecnocrata baseada principalmente no pilar normativo, é importante reconhecer que o profissional atua como um resultado de diversas forças externas que direcionam o comportamento no campo normativo, no entanto, sem deixar de pensar nessas

atuações/agências onde o indivíduo não pode ser visto apenas como um subproduto institucional, mas como um indivíduo capaz de regular-se também diante dessas forças. O que não deixa de se mostrar um comportamento desafiador para muitos.

Inclusive essa minha frase faz com que um monte de gente não me entenda. E a minha frase é a seguinte: “Eu, faz 12 anos que não faço episiotomia, mas eu entendo os que fazem e de onde vem isso, porque existem inúmeras pressões na cabeça daquele médico para fazer episiotomia: seja do aprendizado dele, seja do medo que ele está em relação a algo que possa acontecer com o bebê ou da influência de outras pessoas. Falando na orelha dele, tem o anestesista, o pediatra, o pediatra diz: “Faz a episiotomia, o nosso bebê vai morrer!”. O advogado do hospital que vai mandar ele para uma sindicância se acontecer alguma coisa com o bebê... Então existem inúmeros fatores que levam essa pessoa a fazer um episiotomia. Mesmo que ele não queira fazer o episiotomia, ele cede. E na balança entre a mulher tomar um corte no períneo e ele tomar um processo, ele prefere o corte no períneo, que não vai ter processo. Então, tanto que muitos médicos se veem num dilema hoje que ele falasse ou cortar e ser processado. E se eu não cortar? Eu também sou processado. E aí vou largar a obstetrícia, porque eu sou processado de todos os lados. Então, assim existe uma pressão bem grande. Mas os médicos que eu conheço, que procuram estar atualizados pelo menos no projeto obstétrico, já são pessoas que já têm uma mente aberta e que já estão abertos à mudança (ENTREVISTADO E4).

As pessoas orientam suas escolhas com base em interações passadas com as pessoas e continuam a lidar com aqueles em quem confiam. Nas redes sociais a presença e a evolução da confiança podem tanto dificultar como fomentar a má conduta (GRANOVETTER, 1985). Portanto, a próxima seção pretende identificar na prática discursiva dos empreendedores institucionais como o conjunto das forças externas (NORTH, 1990; WILLIAMSON, DIMAGGIO & SCOTT, 1995) encontradas no campo de assistência obstétrica do Brasil atuam entre os sistemas de lógicas humanizada ou tecnocrata.

5.5 FORÇAS AFINS E CONTRÁRIAS À LÓGICA EMERGENTE DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Dentro do contexto histórico do parto no Brasil e pela grande dificuldade de transpor o local de parto, do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar devido a entraves culturais e religiosos da época, a primeira grande mudança institucional foi um grande coadjuvante para auxiliar na captura de um processo natural do corpo humano, à sua conseqüente e potencial patologização (LADEIRA e BORGES, 2022; BRENES, 1991, WOLFF e VASCONCELOS MOURA, 2004). Atualmente, o Brasil passa por outro processo de mudança institucional no qual o campo da assistência obstétrica abrange dois modelos de lógicas conflitantes, mas não dicotômicas: a lógica biomédica (tecnicista), de um lado e, como em um modelo oposto, a lógica humanística/holística (humanizada) (BRASIL, 2014). Entre esses dois modelos, existe um *continuum* de forças afins e contrárias à uma das lógicas que atuam como pressão e como um conjunto de forças externas capazes de impulsionar ou conter mudanças institucionais do campo.

Como elementos de um conjunto de forças afins que compactuaram com o crescimento do movimento através do fornecimento de recursos necessários para a criação de uma nova lógica e para o seu crescimento podemos evidenciar, no discurso dos cinco entrevistados e ainda nas pesquisas de campo e de fontes secundárias, elementos já analisados como o reconhecimento de indivíduos que compartilhavam da mesma ideologia sobre a humanização do nascimento e do parto, onde encontraram interlocução primeiramente a partir da internet e posteriormente, com a formação de grupos e institucionalização da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), o compartilhamento de práticas e sua crescente normatização dentro do campo levou à elaboração de políticas públicas, resoluções e legislações que dão suporte regulativo à emergência da lógica de humanização, o crescimento e divulgação da Medicina baseada em evidências (MBE) que fornece dados e informações seguras através de metodologias científicas e do endossamento de instituições de pesquisa legitimadas e reconhecidas cientificamente como a COCHRANE, e de conteúdo midiático

como a produção de filmes e documentários, exposições de fotos, exposição em programas de televisivos, entrevistas, livros e outros documentos de caráter informativo e cultural, foram essenciais para a expansão cultural-cognitiva sobre o que é a humanização do parto, quais os seus objetivos, como o movimento atua e quais direitos e deveres foram resgatados a partir do ativismo exercido pelo movimento, e outros elementos apresentados novamente aqui como a formação de alianças dentro do campo.

A formação de alianças com instituições já legitimadas institucionalmente, foi essencial para fomentar maior credibilidade, para agir como um canal multiplicador da comunicação sobre as práticas e informações acerca da humanização do nascimento, e ainda como ponte para alcançar cada vez mais pessoas e instituições com a influência de outros atores sociais intra e extracampo. A internacionalização também foi outro elemento importante dentro dessa construção normativa do campo, uma vez que a internacionalização não se situa apenas no campo dos negócios, expandindo-se ainda para a troca e/ou influências de culturas, linguagens, pessoas, legislações e também práticas. A entrevistada E3 cita novamente outro momento de formação de alianças entre instituições nacionais como a própria ReHuNa e a FIGO e uma instituição do âmbito internacional como o CLAP, assim como a troca de iniciativas que fomentam a emergência da lógica humanizadora:

Bom, no dia seguinte, a gente teve a mesa redonda final, em que foi apresentada a Iniciativa Internacional de Humanização do Parto e Nascimento. Depois teve a fala da Opas, do CLAP Centro Latino Americano de Perinatologia, apresentando as várias iniciativas internacionais a respeito da atenção obstétrica e o FIGO que apresentou a iniciativa da FIGO (ENTREVISTADA E3).

O modelo de assistência obstétrica é difuso em diferentes partes do mundo, porém a principal figura influenciadora das discussões sobre melhoria das práticas obstétricas deriva do modelo de assistência defendido pela OMS. A OMS (2018) identificou que a melhoria da qualidade do atendimento na época do nascimento, especialmente nos países de baixa e média renda é a

estratégia de maior impacto para a redução de natimortos, mortes maternas e neonatais, comparada às estratégias de atenção pré e pós-parto. As mulheres passaram a ser encorajadas a dar à luz em instituições hospitalares alegando uma melhor assistência e redução de complicações, no entanto, nem sempre essa assistência se mostra adequada. Para a OMS (2018, p. 8), o modelo internacionalmente predominante de assistência intraparto permite que profissional de saúde controlar o processo de parto, pode expor as gestantes aparentemente saudáveis a intervenções médicas desnecessárias que interferem no processo fisiológico do parto, conforme evidenciado no Quadro 3, seção 3.1. A entrevistada E3 demonstra pelo seu discurso como essa formação de aliança entre instituições legitimadas internacionalmente traz benefícios como o alcance de outras instituições e cria uma rede de relacionamentos importantes tanto para o estabelecimento de novas práticas, diretrizes, estudos e modelos, mas também abre caminhos para o movimento dentro e fora do Brasil.

Mas eu considero estratégico a gente ter parceiros nesses locais. [...] Que eu sou da *The International MotherBaby Childbirth Organization*. E a *The International MotherBaby Childbirth Organization* fez uma parceria com a FIGO e fizeram os 12 passos para um atendimento ótimo, humanizado, etc e tal que está progredindo internacionalmente e etc. Felizmente eu estou num time muito bom, e aí o pessoal pediu que eu participasse do lançamento da ICI. Então eu tenho uma foto em que está um ex-presidente da Figo, o presidente atual da FIGO. Eu, um cara da OMS, um cara daí a mulher da ACOG, que é do *American College of Obstetricians and Gynecologists*, um cara da Sociedade Internacional de Pediatria, sei lá uma fileira de gente assim e queria que todo o ladinho do cara da FIGO. Então o presidente, ex-presidente agora da FIGO me conhece, entendeu? E isso abre caminhos. Então assim lá estou. Eu tenho uma foto que eu estou com a nata da obstetrícia internacional, né? (ENTREVISTADA E3).

Essa aliança entre a *International MotherBaby Childbirth Organization* (IMBCO) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) resultou em um artigo que desenvolveu um modelo de orientação baseados em 12 passos para um cuidado seguro e respeitoso para a díade mãe-bebê e para o ambiente familiar e suas interações com os provedores e sistemas de

saúde. O termo “cuidados de maternidade” refere-se a todo o âmbito dos cuidados prestados pela assistência à saúde das mulheres e bebês durante a gravidez, parto e período pós-natal. O trabalho foi baseado em diretrizes anteriores que incorporavam as evidências mais recentes relacionadas à qualidade do atendimento de saúde materno-infantil por todo o mundo (LALONDE *et al.*, 2019).

Eu estava ali e o responsável¹² pelo CFM me agradeceu ter sido convidado. Ele tinha um pouco de medo de estar comparecendo, mas ele tinha participado da discussão com a OMS sobre o excesso de cesáreas. Ele chegou tarde lá na mesa porque ele ficou naquela discussão por mais tempo. E a gente acabou estabelecendo uma boa relação, muito respeitosa, de parceria com o Conselho Federal de Medicina (ENTREVISTADA E3).

A formação de alianças também se mostrou essencial para que se criasse um ambiente de trocas de informações entre instituições que não necessariamente apoiavam o movimento da humanização, ou ainda se empenhavam no estabelecimento de políticas que pudessem favorecer o campo, e a formação de um relacionamento mais estreito colocou tais instituições em um papel de escuta sobre as reivindicações do movimento e, sendo instituições com representatividade e responsabilidades sobre a assistência obstétrica, ao participar de debates e interlocuções sobre uma problemática existente, existe uma pressão relativa a um posicionamento e ainda no compartilhamento de responsabilidades.

Também como um elemento a favor da emergência do campo podemos incluir a formação de uma lógica de mercado aliado ao movimento da humanização como uma forma de ofertar através de um mercado, o que a demanda está procurando. Um fator preponderante evidenciado nas análises de discursos foi sobre a importância da demanda de mercado como uma força impulsionadora para que mudanças possam acontecer. Esse comportamento atende às abordagens racionalistas da lógica de mercado e ainda à abordagem de ação social que prevê um indivíduo sensível às causas sociais evidenciadas

¹² Omissão do nome.

ao seu redor. A questão da demanda foi apontada inclusive como uma possível solução por alguns entrevistados, quando questionados sobre como a mudança pode acontecer, a maioria deles responderam que é necessária a formação de uma demanda através das mulheres, ou seja, para que a humanização do parto e do nascimento ganhe mais forma e tenha maior domínio dentro do campo, é necessário, pelos entrevistados que as mulheres reivindiquem melhores condições de assistência, atendimento à legislações vigentes que muitas vezes não são cumpridas e que procurem no ambiente de mercado por instituições e profissionais que estejam de acordo com a lógica da humanização.

Então, o que eu acho como solução? Não precisa fazer força: são as mulheres pedindo, porque elas já estão pedindo. Então, eu, como gestor ou como assistência, não tenho que pensar nisto, já está acontecendo. O que eu acho que tem que acontecer são movimentos políticos, administrativos para que o MS exija coberturas. Aí você sabe da ação do parto do princípio que teve em 2012? Eu participei de várias audiências públicas. Cada audiência... a de 7 horas de duração foi super longa, foram quatro audiências públicas, mas foi muito boa no sentido de ouvir todas as partes. Foram representantes do MS, eu fui representando a ReHuNa, outra pessoa¹³ também estava representando a Faculdade de Saúde Pública. E aí o que resultou disso foi que, em primeira instância, o juiz deu ganho de causa para o Parto do Princípio. E aí elencou várias exigências para o MS e o MS devolveu, entrou com recurso dizendo que não, que não era responsabilidade dele, que não é ele que tem que ficar verificando o índice de parto normal de cesárea, que isso aí quem tem que ver é a vigilância epidemiológica e não o MS. Mas que eles regulam o trabalho, as relações entre operadoras e clientes, como é que ela não tem que ficar verificando a qualidade do trabalho, né? Só que aí na segunda instância, o Parto do Princípio ganhou de novo e o MS teve que fazer algumas adequações. Essa consulta de enfermagem, por exemplo, partiu dessa ação. Acompanhamento assistencial, trabalho de parto também partiu dessa ação, senão não teria acontecido (ENTREVISTADO E4).

Em 2012, um grupo de pesquisadoras e ativistas representando a organização Parto do Princípio elaborou um dossiê que denunciava diversas

¹³ Omissão do nome.

violências sofridas por mulheres na assistência à gestação, ao parto, à cesárea, ao pós-parto, à amamentação, incluindo diversos relatos de mulheres de várias partes do Brasil. O dossiê ainda evidenciou o mercado lucrativo proporcionado pela indústria da cesariana que se empenha em moldar um mercado através de ações que promovam a cirurgia cesariana como ápice do modelo tecnocrata em detrimento de um nascimento humanizado. A maioria das cesarianas são realizadas, segundo o dossiê realizado pelo Parto do Princípio (2012), sem indicações de necessidade e está relacionado com o aumento do índice de prematuridades e prematuros leves, aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal. Suas principais motivações se suportam na conveniência para o médico, na dissuasão da mulher, na coação na mulher e ainda pela publicidade e apologia às cesáreas, banalizando um procedimento que deveria ser utilizado em casos de necessidade e patologias, o que é considerado uma “violência obstétrica de caráter midiático” por realizar um desserviço à escolha informada.

A entrega do dossiê Violência Obstétrica “Parirás com Dor” ocorreu em 19 de dezembro de 2012, para a CPMI da Violência contra a Mulher que foi instituída com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência (SENADO, 2012). Esta CPMI traçou um panorama da situação de enfrentamento à violência contra a mulher em todos os estados brasileiros e no distrito federal, apontando pendências e recomendações para o exercício de melhores práticas e para o combate à violência obstétrica. A CPMI constituiu um Grupo de Trabalho sobre Legislação, que reuniu, em duas ocasiões, com o Consórcio Nacional de ONGs que elaborou a Lei Maria da Penha e analisou mais de 50 proposições em tramitação no Congresso Nacional. Assim, com base nas denúncias e pela análise do grupo de trabalho, instituiu-se propostas de mudança na lei penal, na Lei Maria da Penha, na legislação processual e na “Lei de Tortura”, na legislação sobre educação, na legislação da Seguridade Social e relativas à perícia oficial (SENADO, 2012).

Apesar da atuação de instituições de ativismo pela humanização do nascimento como a ReHuNa e como a Rede Parto do Princípio citada aqui, a participação popular se torna muito relevante, figurada principalmente pelas mulheres, não somente para evidenciar abusos e violências como no Dossiê supracitado, mas por exercer um comportamento cidadão tanto na demanda por direitos quanto na fiscalização do cumprimento da legislação, comportamento de consumo, ao escolher profissionais e instituições que se posicionem a favor da lógica humanizada, mas sobretudo, é necessário o vislumbre dessa lógica humanizada a partir de uma cultura e educação voltadas para o entendimento dos pilares que sustentam a lógica da humanização do parto. A escolha, como cita o Modelo de práticas da OMS (2018), deve ser uma escolha informada, ou seja, conforme cita Chalmers *et al.* (2001), as mulheres devem receber informações baseadas em evidências e ser incentivadas a participar nas decisões sobre cuidados. Desse modo, a demanda pode ser um dos elementos que exercem uma força positiva para o desenvolvimento do campo, quando vimos o aumento do número de mulheres que procuram um atendimento humanizado, quando vimos o aumento dos grupos voltados à disseminação de informações sobre o nascimento, e ainda com o crescimento da atuação de órgãos que agem na formação e formatação desse novo mercado, ainda hoje a demanda baseia-se fundamentalmente em uma grande parcela da população feminina que não tem conhecimento sobre o seu corpo e seus processos, que desconhece diretrizes básicas de atendimento ao parto, desconhece normativas e legislações que deveriam ponderar o exercício da assistência obstétrica de uma forma mais humana e menos medicalizada. Isso, denota um dos entraves para que essa demanda de mercado pela humanização tenha ainda mais força – a falta de informação sobre gestação, parto puerpério e demais processos pertinentes à sexualidade feminina. Configurando-se assim, também uma força contrária à lógica emergente da humanização do parto e nascimento.

Outras forças que exercem uma pressão contrária a emergência do movimento de humanização que foram elencadas nesta análise são o mito da transcendência tecnológica, a falta de uma estrutura adequada do ponto de vista de administrativo (visão gerencialista e funcionalista), a lógica da

tecnocracia que coloca o nascimento dentro de uma estrutura de linha de produção, a falta de acesso por grande parte da população a um mercado capaz de suprir os desejos por um atendimento humanizado, o corporativismo dos médicos e os próprios pares que exercem uma pressão contra o crescimento das práticas de humanização e a cultura da cesariana como evidenciado pelo dossiê do Parto do Princípio (2012).

Para Davis-Floyd (2001) o sistema de valores centrais da sociedade ocidental é fortemente orientado para a ciência, alta tecnologia, lucro econômico e instituições governadas patriarcalmente de forma que esses elementos já configuram um conjunto de pressões contrárias a emergência da lógica da humanização uma vez que o parto configura na sua natureza um fenômeno fundamentalmente feminino.

Tem o mito da transcendência tecnológica. Tudo o que é tecnológico é melhor. A Robbie fala muito dessa mitologia, o mito da transcendência tecnológica que leva a um outro mito chamado mito do imperativo tecnológico. Se existe tecnologia, ela tem que ser usada. Ah, aconteceu isso, por que tu não operou? Se tu tivesse qualquer problema que acontece em parto alguém diz: “Ah, mas se tivesse feito uma cesariana, nada disso teria acontecido”. Então é o mito do imperativo tecnológico. Por quê? Porque nós confiamos na tecnologia, que é uma coisa masculina, e desconfiamos da natureza, que é uma coisa feminina. E uma intercorrência numa cesariana, foi uma fatalidade, algo que aconteceu, agora quando acontece no parto normal necessita da existência de um culpado. Na cesariana, tudo fica diluído. “Não foram as bactérias? Ah, foi uma infecção hospitalar. Isso acontece? Há, mas essas hemorragias acontecem e muito. Imagina, a gente tem que abrir tudo aquilo. Saiu um monte de sangue. Como é que a gente vai ver? Isso acontece? Pode acontecer”. Sempre tem uma desculpa nessas áreas. Eu sempre dizia que fazer uma cesariana é assinar uma alforria para o médico. O médico está livre de qualquer tipo de de liability, de qualquer tipo de responsabilidade. Então, os médicos, eles atendem a cesarianas também como uma forma de se livrar de qualquer tipo de incomodação (ENTREVISTADO E1).

É evidenciado que o nascimento foi capturado como um processo de linha produtiva. Para Davis-Floyd (2001), na medida que a produção fabril de

mercadorias se tornou uma metáfora organizadora central da vida social, também se tornou a metáfora dominante do nascimento: o hospital tornou-se a fábrica, o corpo da mãe tornou-se a máquina e o bebê tornou-se o produto de um processo de fabricação industrial de forma que a obstetrícia tornou-se incumbida de desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inerentemente defeituoso do nascimento, e para fazer o nascimento se conformar ao modelo de linha de montagem da produção fabril.

Quando você chega num hospital, as enfermeiras em si, e é uma coisa bem característica das enfermeiras, elas têm tudo certinho, quem está de folga, quem não está de folga, quem está numa sala, quem está na outra sala, quem está na recuperação, quem vai coordenando uma sala cirúrgica e outra sala cirúrgica, salas de parto e tudo isso. Tudo arrumadinho e tem a escala de cesarianas. Tem uma cesariana marcada que vai ali e vai a enfermeira. E, sabe, com toda a escala arrumadinha de cesarianas, um parto normal esculhamba tudo isso. Esculhamba tudo isso porque não tem hora para começar, pode começar a qualquer instante e não tem hora pra terminar. E as enfermeiras ficavam loucas porque aquilo ali não é previsível. E os profissionais, os administradores... O que eles odiavam? É que tu não consegue planejar parto. Como tu planeja o bloco cirúrgico? Está tudo arrumadinho e nada sai do lugar, a não ser, evidentemente, a intercorrência. O paciente que não veio ou teve uma emergência e teve entrar na fila na frente de todo mundo, está tudo bem, acontece! Mas parto não, parto é todos os dias, chegar lá e esculhambar todo mundo, chama o outro profissional e aí, daqui a pouquinho tem uma cirurgia marcada numa sala tal. Mas o meu parto precisa de uma cesariana de urgência. Aí eu vou lá e vou esculhambar toda a escala de cirurgias. E aí os outros colegas ficam bravos. E as enfermeiras? Então ficava todo mundo brabo, fundamentalmente com a natureza humana, porque eles não suportam que aquilo não pudesse ser controlado. E, veja bem, isso é um dos elementos mais importantes para entendimento da atenção ao parto humanizado e ao fato de que nós, humanos, nós reconhecemos a selvageria do parto. Nós reconhecemos que o parto é selvagem, nós reconhecemos que é da natureza, e que essa, a natureza íntima do parto, tem que ser respeitada, sob pena de nós perdermos o que existe de mais rico no parto. É a nossa sanha, o nosso furor intervencionista no parto em deixar as coisas todas arrumadinhas e todas previstas e programadas. Ela sucumbe ao parto, porque o parto, ele reverte todas as expectativas. Veja bem, isso, na minha opinião, é o que tem de mais espetacular e mais bonito no parto: ele não respeita nada disso. E eu dizia

para as mulheres, a rebeldia do parto deveria ser o signo que coordena todo o pensamento feminista do século XXI (ENTREVISTADO E1)

A falta de uma remuneração adequada é outro fator que dificulta que médicos se predisponham a acompanhar um parto humanizado.

É um sistema zoado, todo o sistema tá zoado. Então eu vou dar um exemplo simples pra vocês. Um plano de saúde paga para o médico, que é o trabalhador do plano de saúde, por volta de 600 R\$ para atender um parto. Aí o cara tem que largar o consultório dele, que vai ficar um dia inteiro fechado. Ele vai ter que cancelar um dia inteiro de consultório, que seria que daria a renda pra ele pagar todas as despesas, os boletos da vida dele. Ou ele vai trabalhar a noite inteira e no dia seguinte ele está acabado. Ele vai passar 12h00 de um dia que ele não sabe, ou ele vai cancelar o jantar, ou ele vai cancelar a festa de aniversário do filho, ou ele vai, não vai na festa da escola do filho e ele vai ficar lá atendendo um parto pra ganhar R\$ 500,00. Ele não vai. O que ele faz? Ele vai marcar essa cesárea com 38 semanas. Ele marca para 39 e todo mundo fica bem. Mas na verdade essa estrutura é toda furada, porque se o cara não fizer isso, ele não vai ter vida privada. Ele paga para trabalhar, porque essas dez horas de consultório que ele conta que ele cancelou, custou pra ele R\$1.000,00. Ele perdeu R\$1.000,00 pra ganhar 500. Então, se você tem uma lógica e toda a sociedade tem essa lógica e toda a nossa assistência à saúde tem uma lógica de financiamento de um tipo ou de outro, se essa é a nossa lógica, o fato é que a conta não fecha. Ninguém quer pagar para trabalhar. A gente quer trabalhar. Eu não tenho nenhum problema com trabalhar, nem vocês. Todo mundo quer trabalhar, mas quer ser tratado com respeito. E se a moeda de troca é o dinheiro, que seja uma troca justa! Então o cara está submetido a um sistema de trabalho que é injusto com ele e isso vai ser projetado numa injustiça contra as mulheres. Por que eventualmente serão injustas com seus filhos. É uma cadeia de injustiças que a gente faz parte, que os médicos fazem parte e que as enfermeiras fazem. E se o médico está fazendo tudo isso para ganhar no fim do mês R\$15.000, a enfermeira está passando por tudo isso pra ganhar R\$2.500. Então é uma conta que é muito difícil de fechar, muito, muito difícil. E eu sou privilegiada de trabalhar no sistema privado, onde eu dou o meu preço, o meu preço é tal. Meu serviço custa tanto, se quiser quer, não quer, não quer. Mas são pouquíssimas pessoas que estão nesse momento de vida, de poder trabalhar dessa forma. A maioria precisa de uma carteira assinada de INSS e de passar por situações dentro do hospital. A vida dentro de um hospital, de uma maternidade é terrível. O que os médicos passam dentro do

dia a dia de uma maternidade é terrível. As enfermeiras, terrível. Então, se a gente consertar todo esse sistema, isso não vai melhorar (ENTREVISTADA E5).

A lógica intervencionista tem uma presença não somente no campo da assistência obstétrica, mas nas áreas da saúde como um todo. Hoje, a maioria dos hospitais e profissionais, recebem por procedimentos realizados. De tal forma, que quanto maior o número de procedimentos, intervenções, de serviços médico-hospitalares utilizados, maior é o rendimento daquele paciente. Em uma assistência ao parto, uma parturiente pode ocupar um leito por horas, sem a necessidade de nenhum tipo de intervenção. E assim tem-se um leito – ocupado – mas sem rendimentos, quando comparados à uma assistência intervencionista. Isso dentro de um sistema de produtividade que visa os lucros, é uma contracorrente evidente, como pontua o entrevistado E1:

Tu tem que levar em consideração o seguinte a medicina dentro do capitalismo ela funciona dessa forma: quanto mais doente o indivíduo tiver, quanto mais problemas ela tiver, mais o hospital ganha. Se tiver uma cesariana de um bebê com 32 semanas, é uma fortuna que este hospital vai ganhar com a internação em UTI neonatal. Se essa mulher acabar indo para uma UTI, o hospital ganha com isso. Então, a roda da fortuna gira. E essas pessoas, médicos, hospitais, instituições, indústria farmacêutica, indústria de equipamento, hospital. Todas as profissões. O porteiro, a dona do bar, do hospital, todo mundo ganha com isso. O negócio ali floresce. Quanto mais doente as pessoas ficarem. Isso é uma lógica absolutamente perversa da saúde (ENTREVISTADO E1).

Falta uma estrutura preparada para um atendimento humanizado para o parto, principalmente dentro da assistência privada e suplementar. No Brasil, as menores taxas de cesariana ocorrem através do SUS uma vez que o Sistema Único de Saúde oferece atendimento obstétricos em maternidades que contam com uma estrutura de médicos plantonistas nas diversas especialidades, como ginecologia e obstetrícia, pediatria neonatal e anestesista para os casos de analgesia em trabalho de parto e para os casos de cesáreas eletivas ou intraparto. Porém a falta de fiscalização para o cumprimento de

diretrizes humanizadoras não garantem um parto respeitoso e com as recomendações benéficas para mãe e bebê para uma experiência positiva de parto (OMS, 2018). E no setor privado e suplementar, a estrutura de assistência obstétrica é baseada a partir de uma perspectiva gerencialista com o parto estruturado dentro de uma estrutura medicalizada e tecnocrata, principalmente através de uma assistência com altas taxas de cesarianas eletivas, que favorecem a administração através de uma utilização de recursos mais lucrativa para o campo como um todo.

Existe ainda a questão cultural, que tem início na violência obstétrica. A forma como o parto normal é assistido em muitos centros obstétricos leva a um entendimento de que o parto normal se configura em uma experiência difícil, dolorida e solitária para a mulher. E de fato, uma historicidade que constrói um modelo de parto medicalizado, sem assistência humanizada, intervencionista e com elementos que violentam de forma explícita ou implícita o corpo feminino, foram determinantes para que o parto fosse visto como uma experiência de dor e de sofrimento. Os entrevistados E1 e E5 chamam atenção ao fato de como a dor do parto é amplificada através do discurso que constitui as relações sociais e como a dor decorrente da cesariana é minimizada de forma a atuar como uma pressão que favorece à lógica tecnocrata do campo pois atua diretamente no campo cultural e leva a mulher que tem como exercer a escolha, no entanto, não uma escolha informada conforme orienta a OMS (2018) a buscar uma cesariana motivada pela dor que é divulgada no âmbito cultural. Os trechos a seguir explicitam essa ideia:

Tem alguns pontos nevrálgicos dessa história, por exemplo, o parto dói. Veja bem, eu não nego que parto produz alguma dor, mas jogar futebol também dói. Maratona também dói. Natação dói, boxe dói, mas ninguém diz assim: “Que coisa horrível! O cara é um lutador de MMA, como deve doer, cara!” A dor é um detalhe daquilo que é importante, a vitória, é sobre a supremacia, a vitória, a derrota ou a dor. No esporte, por exemplo, é um mero detalhe, às vezes completamente desprezível. Mas no parto ele é tratado como A Coisa, O parto é a dor. As pessoas ainda dizem isso perto de mim e levam uma carraspana: “Ah cara, eu cheguei aqui, está tudo lotado, foi um parto chegar aqui”. Por quê? Porque foi difícil. Porque foi terrível. Porque foi doloroso. Até o parto é visto como uma profunda negatividade, mas isso é uma construção social. Veja bem, eu tenho quase certeza que entre os índios Tapajós

ninguém se refere a tarefas difíceis como assim: “foi um parto”. Provavelmente não. Eu me lembro de uma expressão de uma parteira americana que me chamou muita atenção, uns 20 anos atrás, eu estava nos Estados Unidos e ela me contou essa história e eu achei tão bonitinho, que ela disse assim: [com efusividade] “Cara, eu fui ao Cabo Canaveral, na Flórida, para ver o lançamento de um foguete, um daqueles lá Gemini... Cara, na hora que sobe aquele foguete, cara, é uma explosão e uma luz espetacular! E toda aquela fumaça! Cara, é um negócio tão lindo que parece um parto!” E aí eu fiquei pensando assim por que a gente não descreve o parto dessa forma? Porque? Porque a cultura diz o contrário, a cultura penaliza o parto (ENTREVISTADO E1).

O parto pode trazer muita alegria, pode trazer o gozo da vida num ato tão impactante, tão importante, onde a dor, é só um dos elementos. E a coisa mais interessante, é que a dor é considerada OK em várias fases da nossa vida. Para as mulheres, encaram como normal que vai ter um pouco de dor nas primeiras relações sexuais, até se entender com o corpo. [...] A experiência da tatuagem é uma dor, ok, porque a pessoa está fazendo uma escolha por um ato e não vai fazer uma anestesia, não vai pedir uma peridural para fazer uma tatuagem na perna. Faz parte... a dor é parte e uma fatia da tatuagem é a dor. A pessoa que corre, que faz maratona, que sobe montanha, a dor é parte da experiência, porque não tem como subir uma montanha e não sentir dor, vai sentir depois da maratona. Vai passar dias com dor, mas ninguém deixa de correr e fala assim: “Não, mas pra que você vai correr a maratona? Fica em casa assistindo televisão, porque daí você não tem dor”. A dor, a nossa sociedade aceita a dor como parte de vários rituais, mas a do parto ela é amplificada e a amplificação dessa ideia de dor convém para todo mundo. Porque daí a mulher fica mais assustada, a que tiver capital, que tiver dinheiro, o que ela vai fazer? Ela compra uma cesariana porque a dor da cesariana, do pós operatório ela não tem valorização, não tem. Ela não é inflada, não é inflacionada. Ela é só uma dor de recuperação. E a cesariana marcada, ela na verdade, ela organiza a vida de todo mundo (ENTREVISTADA E5).

A humanização do parto não defende que uma mulher deva ter um parto normal ou inferioriza a cesariana sem indicações, mas entende que existe uma lacuna cultural-cognitiva que pressiona muitas mulheres no momento da escolha. O discurso proferido por muitas mulheres que ao longo da vida

passaram por experiências de parto difíceis, a grande maioria marcada por violências obstétricas que, por serem institucionalizadas e um produto de uma despersonalização do corpo feminino em instituições hospitalares (LADEIRA & BORGES, 2022), profere culturalmente uma falsa percepção de que o parto é difícil, quando na verdade, o parto foi mal assistido ou cercado de violências. O entrevistado E1 situa a questão da dor e da dificuldade do parto como uma confluência cultural, onde o parto é colocado como algo difícil e relacionado a dor mas também como uma questão estrutural, pois o modelo tecnicista acaba por tornar o parto um evento difícil:

Outra coisa que a gente vê. Claro, a dor é uma coisa, a dificuldade como é difícil, que o parto, como é difícil lá, que coisa horrível. Não é isso? Os partos são tornados difícil pelo ambiente onde ele é exercido. Nós dificultamos o máximo que possível o parto, colocando uma mulher num lugar com pessoas estranhas, onde máquinas estranhas fazem barulhos estranhos e o lugar todo é inóspito. O hospital é inóspito para uma mulher ter um filho. Então não é difícil, nós o tornamos difícil. A outra coisa é o parto domiciliar: “Não, parto domiciliar é um perigo terrível!” e eu estava te contando agora que no hospital aqui não tem anestesista de plantão. Se eu tiver uma emergência nesse estado, tem que chamar o anestesista em casa. Ele tem que ir lá, pegar o carro dele, sair de casa, dirigir e chega até o hospital. Mas as pessoas não acham que isso é perigoso e permitem que o hospital funcione. Agora, se tu quer atender uma paciente em casa, imagina o risco. E se tiver que fazer uma cesariana de emergência? E se você estiver no hospital, tu não faz uma cesárea de emergência. Tem que chamar um anestesista. “Ah, não, mas é diferente”. Não é diferente, é a mesma coisa, só que está tratando de forma diferente, porque te interessa que as pessoas todas que querem ter um filho têm que ir para o hospital. Porque isso gera dinheiro, gera poder e gera controle sobre as mulheres. Então a dor do parto é uma mentira contemporânea clássica (ENTREVISTADO E1).

E esse é um dos fatores, a percepção cultural de que o parto é algo difícil, doloroso e violento. Outro fator é o financiamento dessas escolhas. Como o SUS configura o modelo de assistência obstétrica que tem menores taxas de cesárea, muitas mulheres capturadas por essa formação cultural, creem que se utilizarem da assistência pública, vão ter um parto normal a todo custo. Somando a construção cultural que coloca o parto como uma experiência

ruim às taxas de violência obstétrica, àquelas que tem condições de pagar por uma cesárea, optam por essa via, baseada em questões culturais e de percepção, sem o conhecimento de que existe um outro modelo: de um parto humanizado, sem violências, onde a percepção da dor não é amplificada pelas intervenções ou má assistência, onde algumas mulheres inclusive nem relatam dor no processo.

Por outro lado, muitas mulheres, que estão no setor suplementar, ou seja, são seguradas por planos de saúde, se estão capturadas pela visão cultural negativa do parto encontram facilidades na sua escolha por uma cesárea, eletiva ou não. Outras que, por cultura ou por estudo das evidências científicas optam pelo parto natural, encontram no setor suplementar, barreiras uma vez que hospitais privados não tem na grande maioria dos casos uma estrutura de atendimento apta à assistência ao parto normal, como por exemplo a falta de plantonistas, sejam obstetras, pediatras ou anestesistas. A confluência desses fatores leva a crença de que o parto normal é para quem não tem condição de pagar, a cesárea é para quem pode pagar por uma, e o parto humanizado, para uma parcela menor ainda, pois não é coberto nem pelo setor suplementar e muitas vezes não é garantido pelo SUS, como evidenciado pela entrevistada E5:

Se eu colocar de um lado a violência obstétrica e, do outro lado, a humanização do parto como antíteses, porque elas são exatamente a antítese. O que é a humanização do parto? É a mulher decidir baseada em evidência científica, apoiada por pessoas que trabalham de forma transdisciplinar, 24 horas por dia e atualizadas na evidência científica. O que é violência obstétrica? Qualquer coisa que vai ferir algum desses três pontos, que vai atingir diretamente a mulher grávida. Então, quando a gente coloca a violência obstétrica de um lado, a humanização do parto do outro. E quando a gente olha, e separa o SUS do suplementar... No SUS, um parto atrasado e violento, onde a mulher não tem nem os direitos que já foram adquiridos, como a Lei do acompanhante, por exemplo, de 2005. Então a mulher tem falta de privacidade, falta de informação, falta autonomia nas decisões. As evidências científicas sendo colocadas ainda de forma bem antiquadas, por exemplo, fazer episiotomia e fazer *kristeller*. Tudo isso gera um cenário violento e que a mulher do SUS fica com a impressão de que a mulher rica tem um atendimento melhor e que a mulher rica tem cesárea. Só que a mulher rica tem cesárea, porque o convênio não cobre o parto normal. E aí fica

parecendo que o parto normal é de pobre e cesárea é coisa de rico. Sendo que a mulher no interior tem esse pensamento de que só teve parto normal, por exemplo, que não tinha dinheiro para pagar uma cesárea. Pois é, e aí então a mulher rica? Por que a mulher rica tem cesárea? O outro cenário no setor suplementar é que não tem disponibilidade obstétrica. Não tem, então, quem são os médicos que cuidam no setor suplementar? São médicos, cirurgiões. Não tem enfermeira, não tem as pessoas que trabalham com parto normal. E esse médico que é cirurgião, ele não tem remuneração para ficar disponível 24 horas por dia, por isso que só tem a cesárea. E aí fica parecendo que a cesárea é de rico e o parto normal de pobre, quando não é. O financiamento que deveria determinar isso, mas culturalmente fica parecendo isso, que é um outro fator cultural que mais ainda faz com que mulheres almejem a cesárea, como ser um produto de maior valor do que o parto normal. Mas quando? Quando a informação chega e as pessoas entendem que não tem só essas duas vias, o parto violento ou cesárea marcada, e tem um outro caminho: “Ah, mas isso aqui é muito caro, a humanização do parto é muito caro”. É muito caro, porque tempo é dinheiro. E a humanização do parto preconiza que as pessoas fiquem 24 horas por dia. Usando a palavra que dá origem à obstetrícia, que é o *obstare*, e que em latim quer dizer “estar ao lado”, então tem que ficar 24 horas por dia esperando. Isso é caro, isso é caro em qualquer lugar do mundo (ENTREVISTADO E4).

Atualmente, o campo da assistência obstétrica demonstra talvez, inclusive, um prospecto de crise, no sentido de que, não é possível perceber estruturas que atendam às demandas: dos clientes, da ciência e das instituições. É um modelo que ainda não se encaixa. Os fatores que levam a um gerencialismo pleno das organizações, recaem na visão do atendimento obstétrico a partir de técnicas de produção baseadas em previsibilidade, organização, direção e controle do atendimento como uma linha de produção.

O atendimento humanizado, não permite a inserção dentro desse modelo administrativo tradicional uma vez que não atende aos critérios: é imprevisível uma vez que não tem data, hora ou local preditivos para começar, por se tratar de um fenômeno fisiológico único, o parto não se enquadra em nenhum modelo que no qual ele possa ser categorizado em termos de duração, da necessidade ou não de intervenções, da necessidade ou não de métodos

farmacológicos ou não, se pode ser atendido por uma enfermeira obstetra ou terá a necessidade de um médico, será a parturiente pedirá ou não anestesia, entre uma infinidade de características que o tornam um evento essencialmente único. O entrevistado E1 cita algumas dificuldades em relação à essa falta de estrutura por parte dos hospitais:

Os hospitais não tinham um anestesista de plantão no centro obstétrico. Isto é, se você chegar agora no hospital, perto da minha casa para atender uma paciente de parto normal, não tem anestesista lá. Se eu precisar no transcorrer do trabalho de parto, tem que ligar para alguém na sua casa e pedir isso. E não é nenhuma obrigação. Não tem nem sobreaviso de plantão, não. Eu peço pra uma pessoa, por favor, venha aqui e ele pode simplesmente dizer: "sim ou não, eu estou em casa jantando, não vou". Entendeu? Então, esse tipo de enfrentamento com o sistema, porque o sistema não garantia um anestesista de plantão? Era terrível. Era fonte de tremenda angústia, porque nunca sabia, tu nunca podia confiar que uma mulher ia conseguir ter o seu parto adequadamente no hospital. Porque tu vivia como refém da corporação dos anestesistas e o hospital não se indignava contratar um anestesista de plantão por duas razões: Uma porque é caro ter um profissional 24 horas por dia no hospital, que é um anestesista. Segundo, porque os anestesistas não queriam. Porque se você deixar o anestesista de plantão no hospital e eu estou no meio de um trabalho de parto, quem é que eu vou chamar? Eu vou chamar o que está no hospital e não o doutor fulano, que é que está na sua casa e que vai cobrar caro por isso, entendeu? Então, dessa forma a existia e existe ainda um boicote dos hospitais. A minha tese, há muitos anos atrás, é que nenhuma maternidade poderia funcionar se não tivesse um plantão anestesista em hospital privado ou público, porque, no público tem. Agora, no privado não tem. E eles deveriam ter por obrigação, sob pena de não poder abrir (ENTREVISTADO E1).

Dentro dessa estrutura que já não comporta mais todas as demandas citadas acima, existe um mercado onde muitos profissionais e instituições já se posicionaram e começam a criar barreiras contra a entrada de outros modelos ou profissionais que possam desestabilizar esse mercado. E novamente a falta de médicos anestesistas de plantão acaba sendo evidenciado como uma pressão negativa pois, por receio de necessitar de uma anestesia em um momento onde não terá nenhum profissional para realizar o procedimento,

acabam antecipando uma possível cesariana para “aproveitar” a presença no anestesista enquanto ele está no hospital, como no trecho a seguir:

Não é para desestimular [o parto normal], mas acaba desestimulando. Isso é por contenção de despesa e por lobby dos anestesistas. Os anestesistas não querem plantonistas porque o plantonista acaba com o mercado de cesarianas de anestesia para cesariana, que é muito rentoso. Muita gente ganha muito dinheiro com anestesia para cesariana. Os anestesistas são os profissionais da área médica mais ricos que têm. [...] E aí muitas pessoas acabavam fazendo uma cesariana preventiva, mas não por uma razão médica, por uma razão circunstancial ou pela falta de anestesista, ou por ter um anestesista que está passando, que estava terminando uma cirurgia e estava indo para casa. E isso acontecia com muita gente. Aproveita que tu tá aí, então já me ajuda porque eu acho que eu vou acabar indicando essa cesárea, mesmo que na verdade era um erro terrível do sistema e com isso milhares de mulheres perdem. Ainda hoje no Brasil, a oportunidade de ter seus filhos de uma forma mais segura não acontece por uma questão corporativa (ENTREVISTADO E1).

Outro elemento associado também às dificuldades encontradas no campo está associado a uma forma de atuação corporativista entre atores que exercem pressões contra o crescimento da lógica da humanização. Esse tipo de corporativismo que atua contra indivíduos em um mesmo campo por adotarem a prática da humanização é vista como uma situação muito grave no entendimento da entrevistada E5:

O profissional não pode ser perseguido por fazer parte do parto normal, pelo contrário, precisa ser protegido. Mas o próprio CRM persegue quem faz o parto normal. Então você vai ser perseguido pelos seus próprios colegas. Isso é muito ruim. Você ser processado pelo paciente faz parte da vida. A gente acaba entendendo e enfrentando. Mas quando seus próprios colegas querem o seu couro? Querem ver você ser cassado? É muito difícil. É muito grave, então passa... As mudanças estruturais passam. Deveriam passar pelos conselhos profissionais do corporativismo (ENTREVISTADA E5).

Essas situações de conflito ocorrem além quando alguns profissionais criam barreiras para o exercício de práticas relacionadas à lógica de

humanização do parto e nascimento. Assim conflitos no campo são evidenciados e pode-se perceber a união de diversos profissionais como um bloqueio à essas práticas. Outro comportamento estratégico que é evidenciado então, como a criação de uma rivalidade entre lógicas concorrentes, como mostra o entrevistado E4:

Então eu tinha mais uma médica e tinha uma enfermeira que atendia lá e uma técnica de enfermagem. [...] Passou um tempo, um outro médico pediu para entrar também e acabou entrando. E esses dois, essa médica e esse médico. E no plantão era 95% de cesáreas que eles faziam. [...] Eu fui tendo vários conflitos com eles, de condutas. Eu queria uma coisa, eles queriam outra. Eles chegavam em alguma idade gestacional, já faziam a cartinha pra subir para a maternidade, para fazer cesárea. Eu falava: “Não, ter que internar pra indução”. E aí não tinha indução. Porque: “como é que vai induzir o parto? Plantão não tem logística, não tem funcionário suficiente, não tem pessoas”. Então foi tendo esse conflito, além de um outro conflito que eu comecei a receber muitas pacientes no meu consultório que tinham tido a primeira cesárea com eles dois e que chegavam pra mim falando eu fui enganada por eles e agora eu quero ter um parto normal. Aí ia lá e tinha o parto normal comigo e aí depois saía falando pra todo mundo que tinha sido enganado por eles dois. Com certeza isso gerou uma uma... vou colocar a palavra birra pra ser mais ameno desses dois médicos em relação a mim. Esses dois médicos, juntamente comigo, eram os que mais se embrenharam na administração do hospital. [...] Eles foram aos poucos fazendo a minha caveira para as outras pessoas: “Ahh, esse cara está tudo errado. Que história é essa de banheira? [...] O cara tinha 30 cesáreas por mês. Esse cara aí, essa médica, umas 20 por mês, né? [...] Ou seja, eles não gostavam de parto normal e ponto. [...] Em 2013, teve um parto onde eu liguei pra minha prima pediatra, ela falou: “Eu não posso, estou ocupada, não sei o quê, não vou poder ir”. Beleza, aí eu falei pra enfermeira do plantão: “Chama uma médica de plantão pediatra pra vir”. Aí ela foi lá falar. E ela falou que está numa emergência na UTI, não pode vir. Tá bom, então, de uma lista de outros dez pediatras, falei: “Vai ligando um por um até ver se alguém pode vir”. Nisso o bebê foi nascer. O bebê não tinha pediatra, né? Aí coloquei no colo da mãe e tal fizeram o que tinha que fazer. E aí assim, depois que já estava, tudo tinha acabado ali. A pediatra que era do plantão, ela desceu lá e foi lá falar comigo. Ela não soube explicar muito bem. Daí a enfermeira me falou: “Ela não tinha emergência nenhuma, não falei? Então ela fez corpo mole mesmo. Ela não quis ir atender eles”. Passados alguns dias, eu recebi uma carta da diretoria. Com a seguinte frase: “Você está suspenso por 60 dias do hospital por ter assumido uma

função que não é sua seria função de pediatra. Aí eu falei: “Como assim?” Aí eu peguei essa carta e fui lá na sala do diretor clínico, que era esse cara. Sentei lá com ele e falei: “Por que você fez isso?” Ele falou: “Por que você não teve pediatra?” Eu falei: “Sim, eu não tive pediatra, mas não foi porque eu não quis. Eu chamei a minha prima, ela não podia. A plantonista¹⁴ diz que não podia. A enfermeira ligou para todos os pediatras, nenhum por dia e não aconteceu nada, o bebê nasceu e ficou tudo bem. Então, eu não assumi função de pediatra nenhuma. Simplesmente não tinha um pediatra. “Então, enquanto a gente averigua tudo isso que você está falando, você fica suspenso 60 dias para a gente ter tempo de averiguar isso que aconteceu, né?” Aí eu já entendi. Eu falei: “Tá, eu entendi, os caras não querem que eu fique aqui, né?” (ENTREVISTADO E4).

A estrutura adequada quando existente tem seu preço. Hoje existe um mercado pertencente a lógica da humanização em que a gestante contrata a parte, mesmo que muitas vezes ela tenha plano de saúde ou faça pré-natal pelo SUS. Esses serviços, muitas vezes, envolvem a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar que é uma das prerrogativas do modelo de humanização. Essas equipes multidisciplinares contam com a disponibilidade de obstetras ou enfermeiras obstétricas como a principal figura de assistência da gestação, parto e pós-parto, pediatra ou enfermeira neonatal, o médico obstetra e doula. No entanto, poucas pessoas tem acesso financeiro ou regional a esses serviços. Assim, a falta de acesso é outro elemento considerado como uma pressão que atua de maneira contrária a emergência da lógica da humanização:

Tem um jeito de educar bem, tem um jeito de atender mulheres bem: “Ah, mas quem tem acesso?” Não tem acesso, não tem. Ninguém tem acesso. Mesmo na classe média, não tem acesso. Está muito difícil conseguir para todo mundo. Toda estrutura social está furada, toda a estrutura financiadora da saúde está furada. Então, o fato de que está tudo errado não impede a gente de lutar pelo que é certo. O parto respeitoso é um direito de todas as mulheres. Ponto final. Agora, onde hoje ela consegue? Não consegue, mas é um direito. Isso é bom (ENTREVISTADA E5)

¹⁴ Omissão do nome.

Até aqui, parece claro a existência de mecanismos de dissociação no campo das lógicas institucionais uma vez que as estruturas e as demandas não se correspondem adequadamente. Uma tentativa de atender à essa demanda, como citam Pache e Santos (2010) refere-se à adoção simbólica de estruturas ou práticas que possam passar alguma legitimidade para o campo, no entanto, tais mudanças não são implementadas de fato. Ao serem questionados sobre a sua percepção à esta tentativa de adaptação à um novo mercado, sem, no entanto, ter estruturas e práticas evidentemente inerentes à lógica da humanização, todos os entrevistados explicaram que acreditam que é possível que os mecanismos de dissociação sejam utilizados em um primeiro momento, porém não percebem sustentabilidade em tal comportamento, como nos exemplos a seguir:

Olha, desde que eu comecei a trabalhar na organização do nascimento de forma institucional, que foi nesse século, de 99 em diante, tinha alguns médicos que eram, digamos, os pioneiros da humanização de nascimento em alguns estados do Brasil. Eu não vou citar nomes, mas tinha um cara muito famoso, que era famoso por ser o médico da humanização, do nascimento, do parto na água e coisa e tal e etc. Só que assim a humanização do nascimento é uma coisa tão delicada que tu não consegue mentir. Mais cedo ou mais tarde começam a aparecer essas coisas, as incongruências, a falta de consistência. E lá pelas tantas, as pacientes, começam a dizer. [...] Eu acho que um ano de atuação pra todas as pessoas aqui descobrir nessa pessoa não tem nada, absolutamente nada de humanizado (ENTREVISTADO E1).

Só que então eu participei de projeto para mandar pra Rede Cegonha, que inclusive a gente conseguiu 2.500.000,00 lá para Santa Casa, mas eu já estava fora. E aí eu soube paralelamente que aqueles médicos lá falaram: “A gente pega esse aí, constrói uma banheira num canto lá e usa esse dinheiro para outras coisas” (ENTREVISTADO E4).

Esse aumento da competitividade é evidenciado no discurso como um dos sintomas da instalação de uma crise dentro do campo, um comportamento que é sinalizado por Porter (1999) que associa o acirramento da rivalidade à grandes rupturas e será tratado mais a seguir para podermos entender como o

modelo de lógicas encontra-se atualmente. A entrevistada E5 acredita que o modelo tecnocrata encontra-se em crise e explica essa percepção a seguir:

Sim, ela percebe a crise, mas ela não percebe como uma falha da sua própria Matrix. Ela percebe como uma crise e não consegue entender de onde vem essa crise. Quer dizer, não consegue entender o seu papel na crise. Ela entende o papel do outro: que é a doula, que é uma mercenária que só quer ganhar dinheiro, faturar em cima das mulheres, da enfermeira obstetra que quer roubar o campo de trabalho do médico, dos médicos radicais que querem parto normal a todo custo. Eles ficam criando uma explicação lógica para não chegar na sua própria falha. Então, a gente tem dentro dessa grande estrutura tecnocrática, hospitalocêntrica, medicalocêntrica, drogacêntrica, a gente tem uma força financeira muito grande, muito pesada e de poder que é muito complicado. A gente está criando frestas, mas é complicado. Enquanto isso não acontece como uma realidade universal. O que acontece é uma tendência de olhar essa força contrária como uma força ameaçadora e errada, porque se ela não estiver errada, só eu estou errado. Um dos dois está errado, porque a gente tem um conflito grande e é uma oposição de conceitos, uma oposição de ideias, uma oposição de propostas. Elas são realmente opostas, de modo que nós não somos coisas horríveis. Então alguém está errado e não pode ser eu, portanto, é o outro? Então eu preciso achar uma lógica. E se criam essas caricaturas do que é o movimento de humanização. Ele é caricaturado dentro da estrutura tradicional como sendo um movimento de bicho grilo, um movimento de gente *haribô* que quer comer placenta, que quer o parto normal a qualquer custo, que o parto é mais importante do que o bebê. Enfim, várias dessas histórias que você deve ter ouvido por aí. Se você entrevistou esses outros, você deve ter ouvido. Mas eu vejo como eles estão se sentindo e isso aconteceu em todas as grandes mudanças estruturais. O primeiro momento, que no caso do Brasil dura décadas, ele é de resistência mesmo, de resistência dessa estrutura. Você vê a rachaduras aparentes nessa lógica, eu vejo dor, eu vejo muita dor, sabe? Quando você vê dor, tem rachadura, tem lesão. Então eu vejo um sofrimento dessa estrutura tradicional. Eu vejo ela dolorida, sofrida, mas sem saber o que fazer, sem entender o que está acontecendo, na verdade (ENTREVISTADA E5).

Entre os mecanismos de dissociação entre as lógicas (Meyer & Rowan, 1977) e de reforço com o comprometimento dentro de uma determinada lógica (Oliver, 1991). Pache e Santos (2013) explicam que a estratégia de dissociação

realmente é difícil de se sustentar a longo prazo, o que vai de acordo com o discurso evidenciado. provável que surjam coalizões organizacionais representando as lógicas concorrentes (PACHE & SANTOS, 2010). Os excertos a seguir explicam a percepção da grande crise iminente dentro do campo de atenção à assistência obstétrica que vai surgindo através de pequenas crises dentro do campo:

Eu estava comentando que num movimento você tem quatro fases. Então, quando surge, por exemplo, um movimento pela humanização, o que o sistema hegemônico dominante faz, ele ignora. Na segunda fase, quando começa a se incomodar, ele briga, ele começa a guerrear e nós estamos nessa fase agora. Na terceira fase, ele negocia e na quarta ele adere. Quando você tem essa perspectiva dialética? A gente sabe que uma hora a gente vai conseguir mudar. Eu tenho uma amiga que trabalhou comigo no ministério e agora está em uma organização internacional da Johns Hopkins. Um dia, quando ela veio para o Brasil, acho que 2008, ela virou e disse assim: “Você acha que algum dia isso vai mudar?” Era a pergunta que você está me fazendo. E aí eu falei que a gente tem que ter uma abordagem dialética na vida. Como eu disse, eu fui estudar um monte de coisa para atender à assistência ao parto. Uma das coisas que eu gostei de estudar foi a visão dialética. Não que eu lembre muito, mas algumas coisas estratégicas eu lembro. Então, por exemplo, quando você tem a água? Temperatura ambiente 23 graus, ela é líquida. Se aumento um grau. Ela continua líquida. Se aumento outro grau. Ela continua líquida, 40 graus e ela continua líquida, aumenta 60 graus. Ela continua líquida. Mas subiram a temperatura 99 graus e ela está um líquido, chega em 100 graus e ela vira vapor. Então a gente precisa aumentar o número de pessoas até ter massa crítica para ter a mudança da qualidade, essa visão dialética. Então, o trabalho que eu venho fazendo esse tempo todo, desde que eu me dei conta dessa questão dialética é tentar aumentar o número de pessoas no movimento que tem essa coisa para que elas se apropriem cada vez mais e porque em determinado momento a mudança de qualidade vai ocorrer (ENTREVISTADA E3).

Como eles se comportam diante dessa crise iminente? Como qualquer modelo hegemônico, entra em crise? Não é isso. Quem falava sobre isso era o Thomas Kuhn. Aquele modelo hegeliano de transformação social das revoluções paradigmáticas. Tem uma crise aí que nega crise, e luta. E, lá pelas tantas, começa a produzir cada vez mais contradições dentro daquele modelo que vê mulheres insatisfeitas, violência obstétrica, reclamação,

processos, defeitos. O modelo começou a fazer água por todos os lados. É um modelo que já foi maravilhoso no começo: Imagina, agora a gente pode fazer cesariana e salvar essas mulheres. Salva esses bebês e eles não vão mais morrer. Que maravilha! Que modelo espetacular! Só que a invasão e disseminação de esse paradigma fez com que tivessem inúmeras insatisfações. E aí aparece a humanização do nascimento, que é fundamentalmente uma síntese entre dois paradigmas de gladiadores. De um lado, a *vis medicatrix naturae*, isso é deixa acontecer que a natureza dá conta. E aí, se tiver que morrer uma mãe ou se tiver que perder o bebê, azar, mas no final, a natureza dá um jeito de recuperar. E do outro lado, a tecnocracia, que é um imperativo tecnocrático. A tecnologia é mandando em tudo e as mulheres na posição atual. No meio disso aparece uma síntese hegelianamente falando que é a humanização do nascimento, que vem trazer os benefícios produzidos por milhões de anos de aperfeiçoamento de um processo de parto. Ao mesmo tempo que oferece as condições tecnológicas para a utilização de recursos quando a fisiologia não é suficiente e a paciente adentra perigosamente o caminho da patologia. É isso que a humanização entra nesse meio, ela não é uma resposta, ela não está contra a tecnologia. Ela é uma síntese e uma síntese desses dois modelos que nós tivemos. E aí, o que acontece? O modelo hegemônico ataca de todas as formas os modelos marginais como nós. Então, a humanização do nascimento está sob forte ataque agora da corporação médica. Eu fui a primeira grande vítima disso. Mas tem outros colegas que estão sendo bombardeados, atacados covardemente pelo Conselho de Medicina. E é a frase que eu sempre digo que todo modelo que está em falência: ele vai utilizar e vai morrer através da utilização do terror. O último recurso é o terror. Quando não tem mais nada para fazer, tenta aterrorizar, tenta amedrontar, tenta atacar, tenta humilhar publicamente e assim por diante. Mas isso já é um sintoma da decadência. A decadência é a utilização do terror. É um sintoma da decadência e é um sintoma da derrocada. É óbvio que nós vamos parir, nos próximos anos, digamos, nos próximos decênios, um modelo de parto diferente desse. E eu acredito que o modelo de parto do futuro próximo, eu não sei como é que vai ser daqui a 300 anos, 1000 anos, mas no futuro próximo vai ser a diminuição sistemática da intromissão da medicina na assistência ao parto normal. O renascimento da parceria e o renascimento do modelo de assistência ao parto no modelo da parceria. O modelo biopsicossocial, o modelo de parceria modelo integrativa, o modelo holístico e a supressão lenta e gradual dos médicos na atenção ao parto normal. E eles vão ficar confinados àquilo que eles são bons fazer salvar vidas, salvar bebês, salvar mães, utilizar tecnologia, tratar doenças. Agora, a fisiologia do nascimento vai ser retirada

dos médicos. Não tem mais nenhum sentido a gente manter um profissional absolutamente inadequado para a função como o médico (ENTREVISTADO E1).

Alguns estudos sugerem a adoção de um conjunto de práticas que visem o atendimento de ambas as lógicas institucionais como uma tentativa de reconciliação dentro do campo, no entanto a adoção de tais modelos, considerados híbridos por Pache e Santos (2013) também não tem demonstrado eficácia a longo prazo. No caso deste estudo, é perceptível que alguns elementos precisem adentrar à lógica concorrente para que seja almejado um consenso dentro do campo da assistência da obstétrica brasileira. Alguns desses elementos foram elencados pela análise de discurso dos entrevistados e recaem principalmente na necessidade da adoção de equipes multidisciplinares. A entrevista E5 mostra um ponto de vista importante de que é toda uma estrutura que precisa ser revisitada para que a emergência do modelo de humanização se concretize como um modelo hegemônico dentro do campo:

Eu gostaria muito que a gente saísse desse lugar perigoso de falar que a enfermeira é contra o médico, que a doula é contra o médico e que o parto humanizado é contra a medicina. Eu queria muito, porque isso é uma fórmula fácil e mesquinha, e eu acho que a gente estar acima disso. A gente precisa enxergar o que está acontecendo, botar a mãozinha na nossa consciência e falar assim: “Não tá legal, não tá legal mesmo”. As enfermeiras obstetras têm um papel muito importante na humanização. E o parto? O parto não é um evento médico. É um evento que pode vir a ser um evento médico. Em algum momento a gente precisar da cadeia toda, da medicina até mais avançada. Ele é um evento social. Ele é um evento psicológico, um evento sexual. Ele é um evento de todas as esferas. Ele não é um evento exclusivamente médico. Então a gente não pode abrir mão do médico. Mas ele não precisa necessariamente estar dentro da sala de parto, com a mão dentro da vagina dela. Ele pode perfeitamente estar, por exemplo, na sala dos médicos para atuar em caso de intercorrência e você ter lá as obstetras enfermeiras. Já existem hoje centros de partos normais que funcionam assim. O médico é o cara que atende complicação e é o resto da equipe que está atendendo, o que não é complicação, o que é baixo, o risco. E aí a gente aloca recursos para quem precisa. E aí aquela mulher pobre que ia morrer por falta de

médico, de banco de sangue, ela vai ter. Porque? Porque os partos das mulheres saudáveis estão sendo atendidos por enfermeiras obstetras. Tá tudo ali no cantinho. Mas o médico está livre. Ele não está lá no Einstein, segurando mãe de mulher rica que nem precisava de médico. Ele está lá disponível para salvar a vida de alguém. Precisa começar a alocar melhor esses recursos dentro da nossa sociedade. A gente tem uma quantidade de médico por população em São Paulo que é ridiculamente superior e é desnecessariamente superior ao interior da Amazônia, contando médico por população. Não estou falando do número absoluto de médicos. A gente precisa realocar isso direito e o cara que vai para o interior, ele precisa ser bem remunerado pra ir pro interior, precisa compensar o que ele deixa de ter na capital. Beleza, vamos fazer isso, né? Vamos botar o médico para salvar a vida de mulher. Essas fotos de parto humanizado, a maioria não tem médico. Ele está sentado, a enfermeira obstetra tá lá fazendo o parto, atendendo o parto. O médico está lá só esperando, porque ele tem que estar por lei, pelo funcionamento do hospital, ele é obrigado a estar lá pra assinar a papelada, mas precisar, não precisa. As casas de parto a gente nem tem médico e pode funcionar perfeitamente (ENTREVISTADA E5).

Para que esse consenso possa ocorrer, para que a estruturação de um atendimento obstétrico com base em equipes multidisciplinares possa ter sucesso dentro do campo, torna-se iminente a necessidade de descentralizar o poder da figura do médico para a assistência de partos como eventos biopsicossociais, e acoplando a figura médica nos casos em que os processos relativos ao nascimento tenham algum tipo de potencialidade patológica evidenciada por seus colegas de campo. E é com o manejo da hipótese centrada no poder-saber de Foucault como uma solução evidente para o conflito existente no campo, que a análise de dados busca entender como a descentralização de poder atuou como um elemento central para os agentes institucionais identificados no estudo e como suas práticas foram adaptadas ao surgimento desse elemento como um ponto central no empreendedorismo institucional proporcionou uma mudança em diversas práticas e elementos já citados e ainda, que explica o comportamento inovador dentro de um campo maduro e legitimado, como o campo da assistência obstétrica no Brasil.

5.6 EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL E A EMERGÊNCIA DO PROTAGONISMO FEMININO NA RELAÇÃO DE PODER

Esta seção se propõe à análise das práticas de empreendedorismo institucional e a emergência do protagonismo feminino na relação de poder para responder a como e por que o agente institucional pertencente a uma lógica dominante empreende dentro do campo institucional apesar das forças institucionais presente já no campo e ainda para explicar o comportamento inovador do empreendedor institucional dentro de campos maduros e já legitimados. A análise da historicidade da assistência ao parto de nascimento e o poder subjacente ao corpo feminino evidenciou um processo de destituição de poder de um processo pertencente historicamente às esferas femininas e redes de cura populares e familiares para, através da medicalização e tecnicidade, direcioná-la ao poder médico e patriarcal.

Alguns elementos são utilizados como sínteses de análises já realizadas como o comportamento do agente empreendedor diante do campo que conta com um modelo dominante de assistência ao nascimento. Para Foucault, o indivíduo é formado pelo resultado de um campo de forças que constitui sua propriedade de ser o que é. Neste campo, o comportamento dos agentes atua diante de forças e pressões que moldam seu comportamento e a sua constituição de sujeito, mas também atuam, através de papéis sociais como agentes que incitam modificações e influenciam o campo. No entanto, o sujeito se forma culturalmente e institucionalmente, mas também se forma indivíduo uma vez que, através das construções regidas por forças políticas, culturais e cognitivas no campo institucional, esses elementos também dão acesso a possibilidade do indivíduo de modelar-se de forma única e individual diante do campo de forças mas também diante de um conjunto de motivações internas e construções inerentes à sua própria constituição como produto de diversas relações consigo e com o mundo (FOUCAULT, 1984).

É possível evidenciar no discurso a seguir que já na formação acadêmica, alguns profissionais se deparam com o abuso de poder proferido

por pares, professores ou outros agentes profissionais que atuam no campo da assistência obstétrica.

Me marcou uma vez na sala de parto, que eu estava assistindo a uma mulher e a atendente de enfermagem ali atrás vira, quando a mulher está reclamando e diz: “Na hora de fazer você não gritou assim”. E isso para mim hoje é importante, porque eu discuti isso com um ginecologista. Recentemente, contei essa história, ele disse: “E quem não ouviu isso na formação?” Então, o que a gente percebe é que essa violência implícita nesse comentário faz parte do processo de formação. Mas naquela época eu não tive esse estranhamento. Eu só registrei e falei: “Ah, que interessante” porque como estudante adora uma relação de poder, porque, afinal, você ainda está subordinado (ENTREVISTADA E3).

O excerto anterior evidenciou a própria formação acadêmica como um campo que institui uma relação de poder normatizada dentro do campo. Este exemplo denota inclusive uma forma de violência verbal na assistência obstétrica (BRASIL, 2018) como fruto de uma relação de poder que coloca uma atendente de enfermagem em uma posição superior à uma mulher em trabalho de parto. Apesar dessas construções simbólicas no campo, alguns profissionais não acatam com o cumprimento de uma relação de poder, por entenderem que esse relacionamento como uma forma não humanizadora de atendimento.

A constituição de si desses agentes empreendedores contou com uma formação que muitas vezes apontou para um relacionamento de poder-saber propiciado pelo conhecimento médico que sua formação o proporciona e assim dando-lhe a possibilidade de colocar-se em uma posição que vê o corpo feminino como um corpo sujeito aos seus saberes técnicos. No entanto, o confronto com demais instituições, desde que podem ser desde a educação familiar até mesmo o posicionamento da ciência como forças que moldam um comportamento diferenciado, propiciaram a esses indivíduos o entendimento da centralização de poder na assistência obstétrica como um dos entraves para a humanização desse relacionamento. Esses agentes acreditam na humanização na assistência ao parto e nascimento, e que para que a humanização da assistência aconteça é necessário um olhar de que não é uma relação de poder que direcionam essas práticas, mas o entendimento que os

processos inerentes ao parto e nascimento fazem parte da constituição de processos naturais, fisiológicos, psicológico, sexuais e sociais daquela mulher que se relaciona com a equipe médica por uma necessidade de assistência e não de captura do seu próprio corpo.

A possibilidade de trabalhar em um relacionamento onde o protagonismo da mulher é evidenciado, coloca a equipe responsável pela assistência em um papel de suporte e a mulher como detentora do processo fisiológico. Assim, permite a ela a possibilidade de passar por este momento da maneira que ela julga mais adequada, e a equipe dá o suporte ambiental, humano e técnico necessário. O protagonismo feminino é uma forma de posicionamento da mulher em relação ao próprio corpo e dos processos inerentes a ele, o que não configura uma liberdade em absoluto dado que mesmo dentro de uma lógica humanizada todos estão sujeitos à um conjunto de práticas institucionais, independente do posicionamento diante das lógicas, se tecnocrata ou humanizado. Esse entendimento torna-se necessário para o reconhecimento dos papéis de todos que fazem parte da assistência ao parto e nascimento e conseqüentemente da delimitação de seus poderes individualizados, uma vez que cada indivíduo se torna responsável pelas decisões que cabem a cada um, o poder de ação. Na prática, essa inteligibilidade explica que dentre os processos inerentes à fisiologia do seu próprio corpo, cabe à mulher a escolha e responsabilidade de algumas escolhas informadas.

Ao protagonismo feminino é dada a possibilidade de escolha de seu acompanhante, da via de nascimento que, diante das possibilidades fisiológicas, melhor lhe atende, do consentimento de intervenções que possam auxiliar de alguma forma o andamento do trabalho de parto, das opções de alívio da dor, de deambulação, entre outros. À cada membro da equipe profissional, a responsabilidade inerente ao exercício da sua função lhe confere atribuição de poder na tomada de decisões necessárias para o resguardo da integridade física da díade mãe-bebê.

Assim, a figura médica ainda exerce um papel referente à sua capacidade técnica de diagnóstico, tratamento e condutas necessárias quando isso torna-se necessário. O movimento da humanização não prega o desempoderamento dos seus agentes, mas uma distribuição justa e

humanizada de acordo com o desempenho dos seus papéis, sejam membros da equipe profissional ou da mulher e seus familiares.

Bom, a humanização do nascimento vem propor o protagonismo das mulheres e mesmo alguns elementos da, digamos, oficialidade da medicina. A corporação médica ficava escandalizados quando eu dizia isso e me criticavam publicamente quando eu dizia. “Imagina que paciente vai mandar. Mas de que conhecimento tem uma paciente pra saber o que ela pode fazer?” O protagonismo das mulheres não significa o absoluto desempoderamento dos profissionais. Existe espaço para debate ali, a paciente pode dizer “sim, não, tudo bem, mas eu não quero fazer”. “Ah querida precisa fazer uma cesariana agora, confia em mim, precisa disso” e “Ah, não, mas eu não quero eu que mando no meu corpo”. Olha, teoricamente, esse tipo de coisa pode existir, mas em 40 anos de vivência, nada, nunca vi uma paciente que ousou dizer assim: “Não, eu não vou aceitar isso etc”. Sempre tem espaço para negociação ali, levando em consideração o processo transgerencial, isto é, a paciente acredita num suposto saber do médico que ele entende sobre o que está acontecendo e está e é capaz de fazer um diagnóstico adequado de um desvio em direção à patologia. E, portanto, a humanização no momento não significa dizer que o médico não manda nada e quem manda nas mulheres são elas mesmas. Não é bem assim. Isso seria uma fantasia onipotente das mulheres, de que elas não precisam de nada, não precisam do saber do médico, não precisam da cabeça do médico que não está pensando envolvido afetivamente no processo. Então o médico passa essa função e ocupa esse lugar, né? Então, a humanização do nascimento significa que existe uma transferência de autonomia, mas não a ponto de tornar os médicos completamente desempoderados. Não, não é isso. Os médicos continuam tendo seu poder, continuam tendo sua responsabilidade, mas é importante que às mulheres seja dado o direito de fazer escolhas a respeito da sua vida reprodutiva e sexual (ENTREVISTADO E1).

A descentralização do poder e o protagonismo feminino como um direcionador das práticas existentes essa relação é o que possibilita a síntese entre a total liberdade da mulher diante de um processo inerente ao seu próprio corpo e o suporte que a ciência médica tem a capacidade de oferecer na atualidade. É o encontro de uma heterotopia, onde práticas institucionalmente reproduzidas sejam capazes de lidar com as evidências científicas e a individualidade de cada ser. A partir dessa síntese, o corpo feminino não deve

ser visto como um corpo a ser disciplinado pela utilização de regras e verdades institucionais, pela sujeição à autoridade médico-hospitalar, de maneira passiva e inscrita à autoridade da medicalização e objetificação (FOUCAULT, 1979) nem circunscrito às limitações disciplinantes dos corpos como performance de mercados. Foucault (2008) relaciona o poder disciplinante às forças centrípetas que se utilizam dos mecanismos disciplinares de forma a limitar, centrar e restringir: “o primeiro gesto da disciplina é, de fato, circunscrever um espaço no qual seu poder e os mecanismos do seu poder funcionarão plenamente e sem limites”, de maneira a centrar sua ação no mercado ou nesse espaço do mercado que o rodeia (FOUCAULT, 2008, p. 58).

Apesar das práticas estruturantes agirem através das suas forças institucionais como direcionadores, possibilitadores, mas limitadores de comportamentos. Foucault (1994) exercita o pensamento da liberdade através da perspectiva de que a vontade da verdade tem como uma das práticas a interrogação de estruturas de poder através de processos históricos. Essa construção genealógica através da historicidade é necessária para confrontar a legitimidade de relações de poder que fazem parte de modelos hegemônicos, de forma que não é feito para compreender, ele é feito para cortar” (FOUCAULT, 1994b, p. 148) neste caso práticas hegemônicas que já estavam institucionalizadas como a excessiva medicalização e mecanização da assistência ao parto e nascimento. O reconhecimento das estruturas limitantes a partir da sua genealogia é o que possibilita a criação de linhas de fuga para que outras lógicas estruturalizantes possam emergir através de práticas que se adequem a um exercício de mercado e de demandas fomentados por uma sociedade que em outro momento já não compartilha dos mesmos esquemas sociais e econômicos que proporcionaram o crescimento da lógica anterior.

A entrevistada E5 descreve a Figura 3 a seguir através do que ela cita como protagonismo feminino, cerne defendido pela humanização da assistência ao parto e nascimento que figura como um elemento estruturante das relações de poder descentralizadas nas diversas pessoas que fazem parte do cenário da assistência obstétrica.

Figura 5: Parto humanizado hospitalar



Fonte: Cedida pela entrevistada E5.

Para a entrevistada E5, o protagonismo se evidencia na utilização das possibilidades como uma escolha informada por parte da parturiente. A não disciplinarização dos corpos a um modelo questionado, que neste caso configura-se pela lógica tecnocrata, é uma evidência de construção de linhas de fuga, ou práticas de liberdade pela viabilização de uma lógica humanizadora que proporciona legitimidade ao conjunto de crenças e práticas demandadas por essas mulheres.

E olha que foto maravilhosa. Que coisa mais linda! Esse rosto é muito... essa face de surpresa é muito comum quando a gente atende parto humanizado, a gente vê muito isso essa expressão maravilhosa. Então, neste caso, dessa imagem, é um parto humanizado, hospitalar e está tudo bem. E se for um parto na água, tudo bem. E se ela não quiser na água, tudo bem. E se esse hospital não tem banheira, tudo bem. Se tiver um chuveiro, pode ser no chuveiro. E se não quiser o chuveiro, tudo bem. A ideia de parto humanizado é a gente tratar bem as pessoas, tratar bem as mulheres e tratar bem os seus

companheiros e companheiras, tratar bem suas famílias. Essa ideia de que humanização é usar evidência científica, o parto humanizado é a síntese das evidências científicas. Que coisa mais linda! Olha, esse bebê nasceu de cesariana. Ok, onde ele está? Ele está no colo da mãe em contato, pele a pele mamando. O pai está junto, e a cesariana ainda nem acabou. O pessoal está lá fazendo sutura, mas essa mãe já está ali, feliz com seu bebezinho em contato, pele a pele. Isso é a humanização. Por que tem que tirar o bebê da mãe, enrolar e deixar no berço aquecido? Por que não permitir que ela faça um vínculo imediato com esse bebê assim que ele nasce? Ele não precisa passar no berço aquecido. Ele está bem, ele pode direto para o colo da mãe. Isso também é humanizar isso também é trazer amor, trazer contato, trazer cuidado, trazer carinho na experiência do nascimento para essa família (ENTREVISTADA E5).

A seguir o trecho relatado pelo entrevistado E1 mostra uma negociação de uma relação de poder:

Tem um médico aqui, nem sei se ele trabalha mais. Ele era mais velho do que eu. Não sei como é que ele está. Mas ele atendeu algumas pessoas, atrizes famosas, e ele tinha uma frase que ele dizia para os pacientes dele, que eu acho que é uma preciosidade, e ele disse para duas pacientes diferentes que depois vieram consultar comigo e ela dizia que “meu médico disse essa frase”. Quando a paciente estava com 39 semanas, ele dizia assim para as pacientes: “Deixa eu te perguntar uma coisa, se eu durante o teu trabalho de parto, eu te pedir pra dar uma cambalhota, tu dá uma cambalhota?” E as pacientes ficavam assim, pára tudo: “O que o senhor quer dizer com isso?” E ele dizia: “Não, essa é a pergunta: se lá no hospital eu te disser ‘dá uma cambalhota’, tu dá uma cambalhota?” E aí elas diziam assim: “Ah, doutor, se eu não entendo por quê, mas se o senhor me disser, eu vou fazer porque o senhor é meu médico, e está cuidando de mim. E ele dizia: “Ah, então tá. Pode ser minha paciente”. Em outras palavras, o que esse cara dizia é o seguinte ele dizia uma frase, que ele não dizia, mas ele repetia um axioma antigo de Santo Agostinho, que é *credo quia absurdum*, eu creio porque é absurdo. Em outras palavras, eu creio tanto em ti que o absurdo não faz diferença, porque a minha crença é mais forte do que o absurdo de pedir uma cambalhota. Então, ele só admitia que fosse paciente dele quem abrisse mão e abdicasse totalmente da sua autonomia. Eu não mando nada em mim e eu não faço nenhum tipo de julgamento. Se tu me pedir para virar cambalhota, ou sair correndo, ou qualquer coisa assim, eu vou fazer e eu vou

te obedecer cegamente. Isso é uma promessa das mais históricas possíveis (ENTREVISTADO E1).

A entrevistada E3 explica a seguir como a humanização do atendimento e a relação de poder ainda se encontram algumas vezes dissociados. Pois atender um conjunto de normas e diretrizes para um atendimento humanizado, mas ainda se colocar em uma relação de poder com o paciente, não é humanização para ela. O poder, para Foucault (1993), é relação com o outro, quando estabelecido em um relacionamento de poder e sujeição. No caso da assistência obstétrica, esse poder é ainda mais evidenciado pelo conhecimento em desigualdade que resulta em supremacia da tomada de decisões por aquele que detém o saber. Aí, novamente, precisamos trazer como uma força necessária para o estabelecimento da lógica da humanização a necessidade de uma educação sobre os corpos femininos e seus processos naturais para que as mulheres possam participar do processo de tomada de decisões como uma parte importante a ser ouvida, como uma protagonista sobre os seus desejos, vontades e conhecimentos sobre o próprio corpo, deixando para a figura médica as decisões necessárias acerca da real patologização do processo ou da necessidade de intervenções.

Assim, voltando às relações de poder. Nós temos o âmbito do público e o âmbito do privado. No âmbito do privado, você tem a relação profissional e mulher. Eu vou te dizer que mesmo pessoas que são do movimento e que se dizem humanizadas, elas reduzem a humanização a práticas baseadas em evidências científicas. [...] As práticas baseadas em evidências científicas dão conta da adequação técnica à relação interpessoal e a questão da humanização. E é aí que vem a discussão da relação de poder, de como você estabelece. Então, eu critico as pessoas que reduzem humanização a práticas baseadas em evidências científicas, dizendo que elas têm uma abordagem excessivamente tecnocrática do cuidado em obstetrícia, porque elas perdem a questão da humanização. A humanização está na relação interpessoal. Como é que eu estabeleço uma relação com você? Quando eu compartilho decisões com você a respeito do que nós vamos fazer com o seu corpo! Essa, para mim, é o principal da questão da humanização. Quanto que eu te disponibilizo de informação para você poder participar da decisão daquilo que diz respeito a seu corpo. Então, é uma coisa muito complexa,

porque a gente tem muitos ativistas que fazem esse reducionismo. Que é um empobrecimento e que tira a humanização do cuidado (ENTREVISTADA E3).

No modelo de humanização que constitui a lógica emergente, uma das prerrogativas principais é do protagonismo feminino. Ou seja, diante de uma oferta de informações sobre os processos de gestação e parto, a mulher demonstra quais são as suas preferências, desde a via de nascimento até escolha do ambiente (hospitalar, casa de parto, domiciliar), sobre procedimentos a serem realizados nela e/ou no bebê, após o nascimento. Quais pessoas estarão ali com ela, o desejo ou não por uma analgesia entre outros. Foi evidenciado a criação de um mercado para essas demandas, em que muitos profissionais passam a oferecer serviços dentro de uma lógica da humanização, no entanto, ficou o questionamento sobre a questão da dissociação de Pache e Santos (2013) e a relação de poder de Foucault (1993). Como os médicos que atuam no mercado da humanização se posicionam diante da relação de poder: de maneira horizontalizada, com responsabilidades, decisões e poder-saber distribuídos dentro de uma estrutura multidisciplinar colocando a mulher realmente no papel de protagonista? E “vendem” essa perspectiva de protagonismo, mas ainda mantendo centralizada o poder-saber, as decisões e as responsabilidades sob sua alçada? O trecho a seguir demonstra que é possível essa dissociação em relação ao poder acontecer dentro do campo, porém, como evidenciado na seção anterior, de maneira insustentável a longo prazo, conforme também pontua Pache e Santos (2013).

Então, assim eles ganham para deixar você ser empoderada e você está comprando seu empoderamento. E quando você está comprando o empoderamento é ruim porque não é um poder de verdade, né? Então aí qualquer coisa que acontecer no meio do caminho ali, que for diferente daquilo que você pensou, o cara facilmente te enrola. Então, eu acho que é insustentável a longo prazo, porque a gente tem muita gente que não faz nem ideia do que precisa ter para conseguir o negócio, independente daquele cara, pela questão da educação. A gente está a anos luz disso. Aquilo que o Gesta faz, uma Maternati faz, sim, é maravilhoso que tenham os grupos. Mas nós somos muito poucas, perto da quantidade de mulher que tem, que precisava ouvir tudo aquilo que é dito. Então alguém vai ser enrolado em

algum momento de fato e vai demorar muito, eu acho. Eu não sei se todo mundo vai cair a ficha não, não sei mesmo. Só se alguma coisa muito louca acontecer assim que tiver uma clarividência coletiva (ENTREVISTADA E2).

É necessário o entendimento de que ali, em trabalho de parto, está um ser humano, uma pessoa que merece respeito e um atendimento justo, que busque o melhor desfecho para a díade. A ideia da mulher como um objeto em processo, o nascimento do bebê como um resultado, e um conjunto de procedimentos operacionais padronizados que levam à melhor abordagem gerencialista não pode ser o fator determinante neste momento. A figura do médico como detentor de todos os poderes e determinações, também não pode ser o fator determinante. É necessário o entendimento de que a formação de equipes multidisciplinares que trabalhem em conjunto e que possam propiciar o protagonismo feminino é o signo defendido pelo movimento da humanização.

“Eu não vou atender a cesariana porque eu não atendo paciente desses grupos de mulheres humanizadas. Elas não aceitam a autoridade dos médicos. Então eu não aceito”. Veja bem a frase dele “Eu não aceito esse tipo de paciente”. Veja bem, uma paciente com dor, com um parto obstruído, com contrações e ela olha para ti e diz: “Procura alguém porque, ali do lado da paciente, eu não vou te atender porque eu não aceito pacientes da humanização do nascimento, porque elas são cheias de exigências”. Isso é, na cabeça dessas pessoas, o paciente tem que ser um objeto sem vontade, sem desejos, sem exigência nenhuma (ENTREVISTADO E1).

Outros elementos foram surgindo na análise de dados como propiciadores de uma prática empreendedora como a os fatores, culturais – cognitivos, exemplificado pela questão da educação sexual e da educação de apropriação do corpo e seus processos que também desemboca no questionamento sobre a centralização de poder: pois para questionar é preciso conhecer, para ser atuante é preciso compreender. Assim, novamente a questão da educação surge como um elemento importante para dar suporte à descentralização de poder. É evidente que o fortalecimento do pilar cultural-cognitivo dentro do campo é essencial para o desenvolvimento da lógica da humanização pois, a disseminação de informações baseadas em evidências

científicas e nas diretrizes de órgãos importantes como a OMS por exemplo, pode mudar comportamentos e pré-conceitos existentes diante das lógicas conflitantes. Essa mudança cultural incita uma maior demanda por uma lógica que atenda às mulheres para uma experiência positiva para a díade mãe-bebê, o que movimenta o mercado. Com o crescimento do mercado surgem novos elementos regulatórios, que regulam não somente as trocas, mas ainda comportamentos e assim, resulta no desenvolvimento do pilar normativo que se relaciona a valores e normas que qualificam um comportamento desejável de todos os agentes que fazem parte do campo, de acordo com o desempenho dos seus papéis sociais (GIDDENS, 2013).

A ciência evidencia-se também como outro fator direcionador das práticas da lógica humanizadora, pois é a principal fonte de conhecimento que evidências necessidades, condutas e mudanças necessárias. Com o resultado de pesquisas robustas o campo da assistência obstétrica tende a se beneficiar cada vez mais de um conhecimento sistemático, metodológico e confiável. Porém, a médica, ativista e pesquisadora da lógica humanizadora Robbie Davis-Floyd (1997), explica que existem diversos sistemas de conhecimento dentro de um mesmo campo, porém alguns tem maior peso ou explicam melhor os estados de propósito pois estão associados a uma base de poder mais forte (p. 382), ou seja, assim como citado pelo entrevistado E1, no trecho a seguir, é necessário cautela sobre a forma como a ciência é utilizada pelos poderes. A ciência é um campo fluido e em desenvolvimento, mas ainda assim a prática sistemática que mais nos aproxima da verdade. A partir de uma realidade mutável como as arenas sociais, o ceticismo como principal fio condutor, que permite e invoca o surgimento de questionamentos e novos caminhos é o motor que propicia o seu próprio desenvolvimento, pois a ciência não é estática. Da mesma forma, quando as práticas se baseiam em evidências científicas, a necessidade de mudanças deve acompanhar tal desenvolvimento científico de acordo com seus resultados e não de acordo com os benefícios proporcionados aos seus principais formadores e formatadores de um campo também em desenvolvimento. O entrevistado E1 explica como a ciência é utilizada pelos poderes para o alcance das “verdades” das quais os apazem, dessa forma

que até mesmo a utilização da ciência como aproximação da verdade deve ser vista com ceticismo crítico e fundamentado por um campo científico legitimado:

A gente usa muito a ciência. Só que a gente frequentemente se esquece que a ciência é utilizada pelos poderes. A ciência não é, a ciência é isenta, mas nós não somos. Então, a gente usa a ciência do jeito que a gente quer. Então, um exemplo típico é a monitorização eletrônica do parto, ficar escutando o batimento cardíaco do bebê. Foi utilizado meia dúzia de trabalhos mal feitos para introduzir esse aparelho que dá mais controle do médico e nos dá uma promessa de que a gente vai detectar precocemente alterações do batimento cardíaco fetal, indicar uma cesariana e salvar bebês. Mas isso é só uma promessa, porque esse aparelho nunca modificou nenhum quadro específico de resultados fetais e, além disso, triplicou a taxa de cesarianas, mesmo nos países desenvolvidos. Agora, toda a ciência que se produziu para provar que isso é inútil não é capaz de retirar de dentro dos obstetras. Isto é, como estava dizendo, para botar dentro do sistema, meia dúzia de artigos foi suficiente, porque? Porque satisfazia o nosso desejo inconsciente de incorporar tecnologia. No caso do imperativo tecnológico, que é o mito de que quanto mais tecnológico melhor é, não é racional isso. Isso é uma crença que tem tanto valor como acreditar em Jesus ou na Virgem Maria. Acredita de que aquilo ali vai produzir algum benefício? Agora, quando tu prova que aquilo não tem benefício, mesmo assim tu não consegue retirar. Por que? Porque a ciência é utilizada para oferecer poderes ou para distribuir poderes (ENTREVISTADO E1).

Logo, a humanização do parto e do nascimento, para se estabelecer como uma lógica dominante e superar as vantagens que o sistema tecnocrata traz em termos gerencialistas e como instituição que se configura como parte de um outro sistema que é o econômico, é necessário ajustes e mudanças estruturais, de práticas e a continuidade de transformações culturais-cognitivas, normativas e regulativas.

Apesar do posicionamento sobre como a centralização de poder no parto é um dos principais elementos que dão suporte à lógica tecnicista, outros elementos vão surgindo como mudanças necessárias para o estabelecimento da humanização como lógica predominante. A seguir foram elencados esses elementos que surgiram como mudanças necessárias para que a lógica se estabeleça em algumas áreas principais. Primeiramente, com o a maior

disseminação e entendimento do que significa a lógica de humanização do parto e do nascimento.

A gente não é contra a medicina, desde que seja uma medicina. E vou tratar de medicina e todo o cuidado em saúde, vou incluir aí fisioterapeuta ou enfermeira, parteira, obstetriz, todo mundo. Desde que, para obter a assistência médica de todos esses profissionais, ela seja delicada, amorosa, cuidadosa, sensível, respeitosa (ENTREVISTADA E5).

Na sequência, a transformação cultural-cognitivo, ocorre também com mudanças na formação de profissionais, no exercício das práticas, no posicionamento contra a lógica tecnocrata e a maior demanda por mulheres que através do conhecimento, busquem um mercado que lhes atenda baseado em evidências científicas. A entrevistada E5 a seguir fala sobre a mudança dentro dos cursos de formação de profissionais, como instituições de ensino superior por exemplo.

Eu acredito que sim. Mas isso depende da iniciativa de pessoas que estejam já mergulhadas dentro dessa outra realidade. Então, a gente tem, por exemplo, cursos de medicina que já foram montados, nascidos dentro dessa nova perspectiva. Por exemplo, o curso de medicina de São Carlos. Ele já nasce numa outra perspectiva e até a metodologia de educação, que é baseada em problemas, já é uma outra metodologia que confia na capacidade do aluno buscar o seu conhecimento. Então eu acredito que sim. Eu acredito que criar cursos dentro de uma outra perspectiva é o caminho mais rápido. A transformação de um curso tradicional é muito difícil, muito custosa, muito demorada e enfrenta muita resistência interna, porque você tem toda a roda girando num sentido e fazer ela parar de rodar num sentido para dar no outro. É muito difícil, complicado, demorado e demanda muita energia, sim (ENTREVISTADA E5).

A lógica está crescendo, ao longo do tempo cada vez mais pessoas passam a atuar nesse modelo humanizado, seja por questões internas como evidenciado pelos empreendedores institucionais, seja por um crescimento de demanda no mercado. Então, aos poucos vão surgindo novos educadores que sejam capazes de trazer a humanização dentro das pautas de práticas de

ensino e de conduta na assistência obstétrica. Dificilmente sem a existência de resistências dentro do campo, pois foi evidenciado a pressão externa de outros atores que tentam a manutenção do regime tecnocrata, mas a perspectiva é de um maior alcance da lógica humanista, até mesmo por contar com apoio de meios regulativos, mesmo que muitas vezes não cumpridos, mas é possível de observar cada vez mais essa problemática sendo colocada em pauta, seja por denúncias, por ativismos, por violências que são escancaradas cada dia mais e ocorrem por encontrarem brechas justamente no não cumprimentos de algumas legislações como por exemplo a lei do acompanhante.

No entanto, tais mudanças ocorrem lentamente, se a lógica dependesse da mudança celular que não ocorre de forma exponencial, onde a surge uma célula atuante na lógica da humanização e que a mesma é capaz de gerar novas células também dentro dessa nova perspectiva e assim por diante. Isso não ocorre, pela existência de inúmeras resistências, por nem todos serem atingidos da mesma maneira, pois nem todos os indivíduos que serão atingidos pela perspectiva da humanização terão as motivações intrínsecas necessárias para dar sequência a ela, pela existência de outras células tecnocratas que também irão tentar influenciar e conseguirão, e assim por diante. Apesar das dificuldades, é uma mudança, e que vem ocorrendo, dada a emergência da humanização ao longo dos anos. Ela está cada vez mais presente, em denúncias, em cursos, em notícias, no desenvolvimento do mercado entre outros. Porém, alguns agentes percebem uma necessidade de que o processo precisa ser acelerado, de que não podemos continuar “sofisticando a tutela do corpo feminino” como já foi explicado pelo entrevistado E1, onde ele explica que essas pequenas mudanças é uma sofisticação de tutela, pois o corpo feminino continua sendo utilizado como um objeto em tutela, ou em poder, dos médicos durante o processo. Nesse aspecto, a entrevistada E2, cita o papel de revolucionário no entrevistado E1 que é reconhecido dentro do campo.

A gente chegou nessa conclusão que a gente, quem tem esse espírito ativista, você tem que ser radical. Não dá para ser mais ou menos, porque se é mais ou menos vai demorar muito tempo o negócio pra acontecer. Você tem que botar o negócio aqui em cima, exigir ter uma expectativa muito alta, porque se você chegar no meio do caminho, você já conquistou bastante coisa. Se você coloca a expectativa aqui [mostrando uma expectativa baixa

com as mãos], aí talvez você conquiste duas ou três coisas. Então eu concordo com o E1, o negócio é revolucionar, não só para o parto, mas para qualquer coisa que a gente ache que tá errado. Isso não pode acontecer, as pessoas têm que se rebelar contra esse tipo de pensamento, do negócio, do racismo, tem que ser radical. As pessoas têm que olhar e falar: “Nossa, mas pra quê tudo isso?”, porque senão não provocam grandes mudanças (ENTREVISTADA E2).

Mas o próprio entrevistado E1 sugere, que essas pequenas mudanças já estão mostrando alguns resultados. Na sociedade, por uma aceitação cada vez menor de práticas que configuram algum tipo de discriminação, e no mercado, principalmente através do aumento das demanda das mulheres, e do comportamento dessas mulheres (mudança cultural também) que já chegam no consultório demonstrando que estão se posicionando de alguma forma diante do poder-saber, demonstrando para o médico que pesquisaram, estudaram que têm alguma informação e estão ali exercendo um papel de tomadora de decisões também, buscando na figura médica o suporte técnico mas também fazendo parte da discussão sobre as práticas inerentes a assistência do seu parto.

Se tu que tu quiseres ter uma visão um pouco mais otimista disso que eu te recomendo, que seja otimista. Eu já tenho mais de 60 anos. Eu me lembro como é que era nos meus 20 anos. Eu me lembro como é que era racismo nos meus 20 anos, misoginia, LGTBfobia. Eu me lembro que o preconceito que se tinha contra gays, era bastante diferente. Olha, são só 40 anos atrás. Eu me lembro direitinho como era comum, corriqueiro todos esses atos que hoje em dia seriam considerados indecentes. [...] Houve evolução e hoje em dia, todas essas práticas que são nefastas, do racismo e do sexismo de qualquer natureza, elas são muito mais contidas. Em relação a violência obstétrica, aos poucos, a gente começa a ver isso. A próprio movimento de humanização no nascimento, o movimento de doulas e a própria consciência das mulheres está mudando. Elas já chegavam no consultório, diziam pra mim: “Doutor, eu vi o tal filme e ouvi tal documentário, eu li tal artigo e eu estou querendo ter um parto humanizado, porque eu estou vendo, eu estou estudando, eu estou me interessando e eu quero isso”. Então as coisas se modificam, lentamente, mas se modifica (ENTREVISTADO E1).

Outra grande área também passe por mudanças significativas que é o mercado, com o aumento da demanda o número de oferta de serviços que dizem atender à lógica da humanização também aumentou. Porém, nesses casos, é comum a ocorrência da utilização da dissociação institucional, que como foi citado é uma atuação que, diante de lógicas concorrentes, os agentes podem se utilizar de elementos que remetam à uma lógica sem necessariamente estar pertencido a ela, como uma forma de aproveitar as oportunidades ofertadas nesses campos híbridos (GREENWOOD *et al.*, 2011). No entanto há elementos teóricos que demonstram como esses mecanismos não são sustentáveis a longo prazo (BATTILANA & DORADO, 2010; TRACEY *et al.*, 2011). Assim, a demanda necessita ainda da identificação de profissionais que a atuação na lógica da humanização seja legítima, e não uma farsa, o que é também uma problemática a ser enfrentada pelas mulheres.

Eu reclamo da mentira. Agora, se uma pessoa que diz assim: “Eu gosto de parto normal, eu vou, aceito atender o teu parto. Eu não faço episiotomia, mas assim, se passar de 12h00, eu opero.”, já me servem. E diante do mercado terrível que a gente tem na obstetrícia privada do Brasil, um médico que me diz uma coisa dessas, está tudo bem. Tu já está entre os cinco melhores, cinco melhores dessa tua região aqui. Porque o resto? O resto é tudo a mesma coisa. Todos são “se puder, eu faço cesariana, se se deu o marco agora”. O nosso mundo obstétrico é muito pobre, é paupérrimo e frio. E ele é fruto dessa deformação do ensino médico que faz com que pessoas que querem ser cirurgiões atendam partos. Tá errado isso. Como é que tu pode formar um indivíduo para ser cirurgião e depois pedir para atender um parto, que é exatamente o oposto de ser cirurgião? Onde tu não deve fazer nada? Onde tu deve deixar as coisas acontecerem no seu tempo? O cirurgião não é formado assim. O cirurgião é o oposto do que um obstetra se pretende (ENTREVISTADO E1)

Essa fala ainda demonstra a necessidade da utilização de equipes multidisciplinares como resposta estrutural dessas mudanças. A entrevistada E5 ao ser questionada a inserção da humanização do parto e do nascimento, dentro dessa estrutura hospitalar temos hoje, responde que essas adaptações são necessárias.

Ela cabe com adaptações. Ela precisa ser adaptada. Então, a lógica de disponibilização de vaga, por exemplo, é um dos principais entraves, porque o hospital que visa ao lucro, ele depende tal qual um hotel, do máximo de lotação possível, porque ele já está com a estrutura pronta. Vale, inclusive, para uma UTI neonatal. Vazia ela não se sustenta, ela se sustenta enchendo, e um hospital se sustenta enchendo. Então, a lógica do parto normal, lógica que vai contra a organização de leito e isso acaba complicando bastante. Essa é uma base já inicial para a gente ter uma complicação de colocar o parto normal dentro dessa lógica da linha de produção e do lucro máximo. Na verdade, todos esses movimentos contra cultura, eles esbarram no capitalismo, na lógica capitalista. Então a gente tem que fazer adaptações para caber uma ideia anticapitalista dentro de uma lógica capitalista. Não é simples de fazer, mas existe. Existem formas de se fazer isso ou pelo menos se adaptar. No momento, nós estamos enfrentando uma dificuldade muito grande, que é assim a lógica da linha de produção. Não dá para a gente atender parto humanizado dentro da lógica de linha de produção. Então, ele precisa ser cobrado. O plano de saúde não paga, então o médico cobra particular. Ao cobrar particular, ele está elitizando o acesso a isso, como acontece na educação por exemplo, como acontece com os alimentos orgânicos, que são muito mais caros do que os alimentos industrializados, e a educação especial, a educação democratizada, a educação sutil ela não cabe na lógica capitalista. Então você adapta e cobra caro numa escola, R\$ 2.500 uma mensalidade numa escola que tem essa lógica diferente, você elitiza o acesso a essa educação especial, a esse alimento orgânico e esse parto humanizado. Então, a gente tem hoje, enormes desafios nesse sentido. Eu acho que existe um olhar dentro dessa grande estrutura, já que a gente chama de sistema dentro do grande sistema. Já existe um olhar para essa demanda do tipo assim, precisamos ter suítes decentes para o parto. Porque tem uma demanda e pode trazer mais clientes para a gente. Mas é muito complicado, porque se o parto demora mais que 12h00, começa prender e começa a causar prejuízo financeiro para a instituição. Então a gente quer mais parto, desde que seja rápido. Então está um pouco difícil, enfim, organizar isso, né? (ENTREVISTADA E5).

A utilização de enfermeiras obstetras ou de obstetrites na função de acompanhar gestações e partos de baixo risco, possibilita a realocação de médicos para os casos de acompanhamentos patológicos e de risco. Essa reestruturação permite que a mulher possa ser acompanhada no seu tempo,

por profissionais habilitados, através de um atendimento multidisciplinar 24 horas por dia, 7 dias da semana, em estruturas adequadas à essa lógica humanizada.

O melhor resultado é trabalhando em equipe, tal poder descentralizado. Então eu quero isso, a pessoa entende, vai embora. Agora, a pessoa que tem o ego pessoal de que ele quer mandar, ele que é o doutor com um jaleco com uma gravata, sentar numa cadeira lá em cima [...] lá na formação, a promessa já não pode ser essa, que um médico não é o que manda em tudo, que a cultura agora, é outra cultura. A descentralização é o caminho da saúde. Em geral, médico é apenas mais uma peça da equipe. Estamos todos juntos aqui para juntos, juntarem as todas as peças para o resultado final (ENTREVISTADO E4).

Novamente, é salientada a importância da demanda das mulheres como função para incitar uma maior mudança no mercado. O consumidor tem entendido cada dia mais o seu papel enquanto um agente dentro dos mercados. De tal maneira, que o consumidor tem um papel fundamental nesse processo tendo em vista que ele possui a capacidade de escolha, o que pode, e geralmente acaba por, afetar o mercado o qual determinada oferta faz parte. A demanda, ou seja, os clientes deste mercado começam a cooperar na criação de novos fenômenos, práticas e soluções, tornando-se sujeitos dispostos aos mercados e aos pesquisadores, interessados em apresentar-se como um 'consumidor informado' e 'cidadão de opinião' (ARAUJO, 2007). Através do discurso da entrevistada E5, retoma-se o poder do consumidor como figura central na mudança do campo.

Na verdade, eu acho que a pressão do consumidor dentro da lógica capitalista, o que faz mudar as coisas, é a pressão do consumidor. Porque você tem dentro da lógica capitalista, você tem quem fornece e quem consome. Então, é a força do consumidor que vai mudar o fornecedor. E vai de encontro ao que todo mundo falou, porque a gente tem uma perspectiva de que às vezes é necessário mudar a formação dessas pessoas. Vai mudar a formação por pressão do consumidor. [...] A demanda das mulheres é o mais rápido de todos. A internet é muito rápida nesse sentido e permite que as mulheres se unam de gestantes, principalmente, que se unam em torno de demandas (ENTREVISTADA E5).

A ideia de construção de mercado através da atuação de agentes performáticos que atuam como possibilitadores e limitadores da atuação de instituições dentro de um determinado mercado. Esses mercados atuam, segundo Araújo (2007), como dispositivos coletivos que calculam compromissos sobre o valor de mercadorias ou mesmo um local de práticas institucionais. Assim, necessita-se conforme cita o autor de uma distribuição heterogênea de agentes envolvidos no processo de maneira a facilitar a construção de mercados institucionalizados. O mercado pode ser visto como um resultado do conjunto de práticas específicas e da mobilização de agentes relacionados. Assim, o mercado vai sendo construído ao longo das interações estabelecidas entre os diferentes agentes que vão além da demanda, mas que envolvem a atuação do poder público, de agências financiadoras no setor suplementar, de instituições de saúde no geral, dos profissionais que atendem a este mercado, entre outros.

Então, o que eu acho é que o alicerce é a demanda das mulheres. Porém, deveria vir da MS uma exigência para que houvesse remuneração para a disponibilidade obstétrica. Ou seja. Seja a Unimed. Que a cooperativa, seja alguns grupos. Seja medicina de grupo, seja convênio, não interessa. Todos os que fazem setor suplementar deveriam pagar uma taxa para a maternidade, bancar os seus plantonistas e ou pagar uma taxa para o médico de convênio ficar disponível 24 horas por dia, porque senão não dá nem para começar a conversar com os médicos sobre isso (ENTREVISTADO E4).

Outro ponto importante para a mudança acontecer é sobre a remuneração desses profissionais, que hoje ocorre de uma maneira inadequada, inclusive pela falta de uma estrutura multidisciplinar. Da forma como ela ocorre hoje, a lógica tecnicista acaba sendo adequada por realizar o gerenciamento e produtividade que, instituições que necessitam do lucro para sua manutenção e crescimento no mercado.

A cesariana tem muito mais risco para a mãe e muito mais risco para o bebê. Agora, quando se faz uma cesariana, um monte de gente ganha. Médico ganha, anestesista ganha, hospital ganha, enfermeira ganha, porteiro ganha, dono de bar ganha, todo mundo ganha. Menos a mãe, menos o bebê. E essas

pessoas não têm advogados para proteger os seus interesses, porque quem está tratando dela está com outro interesse e não no interesse direto do bem-estar da mãe e do bebê, ou até tem interesse na mãe do bebê, mas ele é secundário a todos os outros interesses compartilhados, inclusive com os outros personagens que estão ao redor do parto e nascimento (ENTREVISTADO E1).

A forma como essas trocas econômicas se operam dentro do campo da assistência obstétrica como um mercado, coloca como renumeração ou valor de troca similares para processos muito distintos: uma assistência humanizada – sem planejamento, sem marcar data e hora, sem previsão de durabilidade, sem controle, tanto para profissionais quanto para a instituição; e na lógica tecnocrata, a inclusão do nascimento em um processo produtivo, agendado, com uma previsibilidade e controle muito maior, o que configura um valor de troca muito injusto, como já evidenciado na seção 4.5. A troca pode ser vista como o intercâmbio de produtos por dinheiro ou direitos de propriedades e é possível verificar que a construção dos mercados exige ações calculáveis e atividades de incorporar o contexto do uso ao produto, sendo assim definido como um ato instantâneo (ARAÚJO, 2007).

É importante ter esse entendimento das falhas estruturais do sistema para uma melhor compreensão sobre as estruturas de poder existentes. A centralização do poder na figura do médico, conseqüentemente o coloca em um patamar de autoridade diante das configurações ali existentes, o que não pode ser considerado necessariamente um poder benéfico para o mesmo. É preciso ter a inteligibilidade de que quando falamos de poder, neste conceito está incluso uma tríade que compreende poder, autoridade e responsabilidade. Na seção 4.5 foi evidenciado o quanto de pressões externas são responsáveis por muitas vezes colocar o profissional em um papel normativo do que a instituição espera dele e não traz necessariamente a liberdade de alguém que exerce um papel centralizador naquelas situações. Quanto maior o poder e autoridades exercidos naquela relação maior também as responsabilidades diante do que ocorre. A descentralização do poder medicalocêntrico necessita de uma transformação estrutural na forma como o parto é assistido. Como por exemplo, em relações horizontalizadas, pela assistência multidisciplinar com

diversos profissionais trabalhando em conjunto, com o protagonismo da mulher exercido através da escolha informada, por remunerações justas, entre outros fatores estruturalizantes. O entrevistado E4 comenta a seguir sobre um dos pontos de vista que relacionam o exercício do poder com a violência obstétrica, que é justamente, a responsabilidade tudo o que pode transcorrer durante a assistência.

Tem muitos médicos que ficam melindrados com o tema violência obstétrica, achando que nós estamos falando deles, né? Só que eles acham isso porque eles acham que eles mandam na equipe. [...] Agora, o cara que fala assim: “Parto é ato médico, eu que mando, que decido tudo, porque depois eu que sou julgado lá no tribunal pelo juiz. Portanto, se estão falando que tem uma violência contra grávida, sou eu que estou cometendo, porque eu que decido tudo”, entendeu? Por isso que ele fica melindrado com o tema violência obstétrica, porque ele acha que está falando dele (ENTREVISTADO E4).

Na apropriação de equipes multidisciplinares, temos um conjunto de pessoas que não tomam decisões baseadas em poder, mas cada qual, diante das suas atribuições e papéis, colaboram com uma tomada de decisões em conjunto. A gestante expõe suas vontades e necessidades, a equipe de enfermagem a atende diante das possibilidades para que ela se sinta o mais confortável possível durante o processo de parto e dentro do que foi planejado, se equipe de enfermagem entende que, diante da situação pode ser necessário, a utilização de algum procedimento farmacológico ou não, isso é exposto para a parturiente e/ou seu acompanhante, companheiro(a) ou até mesmo a doula, que auxilia a gestante, diante da exposição de necessidades, pode ser acionada a figura do médico para a realização de procedimentos, ou até da cirurgia, nos casos de necessidade.

Quando a lógica atua neste modelo transdisciplinar, o poder de tomar decisões, apontar caminhos, escolher alternativas é diluído entre todas essas pessoas que fazem parte do processo, e conseqüentemente a responsabilidade é diluída. A oferta de intervenções é realizada de acordo com as necessidades e com a informação das possíveis intercorrências decorrentes do seu uso. Assim, torna-se possível também diminuir situações de abuso de

poder decorrentes de decisões que são tomadas sem nenhum tipo de interlocução prévia ou anuência de toda uma equipe que trabalha em conjunto.

A gente não pode deixar de falar que existe a violência obstétrica. Eu posso até falar assim: “eu sei porque você faz, age de uma forma que a mulher se sente magoada e machucada. Eu sei, eu entendo você”. Mas não podemos justificar dessa forma. A gente pode dizer que entende, mas não justifica. A gente tem que falar assim. Eu compreendo perfeitamente, assim como a gente compreende as diferenças sociais, o reflexo da violência social em todos os tipos de violência, os reflexos das diferenças. Na violência, enfim, de roubo, de assalto, de latrocínio, tudo é reflexo de uma sociedade. Nós não precisamos falar: “Então tudo bem”. Mas a gente tem que entender a origem dessas coisas e tentar melhorar as coisas na sua origem. É essa diferença de poder que acontece dentro de uma maternidade, entre os cuidadores, que a mulher grávida está suscetível, ela é óbvia. Ela acontece no consultório, dentro da maternidade. A gente tem que, como profissional de saúde, reconhecer que a gente está numa posição ao cuidar, totalmente diferente da posição da mulher, ela está lá sendo cuidada. Ela está lá, às vezes com medo, às vezes até com vergonha. Às vezes ela está tímida e não fala a verdade. Então, quando a gente está numa situação de poder, a gente tem que aprender a se despir dele. E é uma coisa difícil e nem sempre vantajosa. Mas a gente tem que aprender, faz parte da humanização. Quando a gente fala de parto humanizado, não é um tipo de parto. Parto humanizado é quando você se humaniza. Na raiz da palavra, humanizar é tratar essa pessoa como a sua irmã, como uma parceira sua e não como freguês. Mas ainda assim, se você tratar com respeito, está ótimo (ENTREVISTADA E5).

É a estrutura tecnocrata que se utiliza da lógica da patologização da gestação e do nascimento, da medicalização do parto e do poder-saber médico, ou seja, autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente, como mostrado no Quadro 2, que permite uma sujeição do corpo feminino que é o potencial resultante da violência obstétrica contra a parturiente. A violência obstétrica, como definida por BRASIL (2018), pode ocorrer de diversas formas, inclusive com a submissão das mulheres a um conjunto de normas e procedimentos padronizados, como se ela fizesse parte de um processo padrão de um evento hospitalar como o parto. A entrevistada E3 citou um exemplo que ganhou destaque midiático no início de 2022, quando uma influenciadora

denunciou seu obstetra por violência obstétrica e o caso foi amplamente discutido na mídia. Nesta fala, a entrevista amplia o conceito de violência obstétrica para “violência na atenção obstétrica”, uma vez que essa violência pode surgir de diversos indivíduos do campo, e não somente do obstetra ou médico obstetra em si. A entrevistada ainda relaciona a violência obstétrica a objetificação do corpo feminino, já legitimada em uma sociedade patriarcal na qual vivemos.

Este episódio da Shantal Verdelho... A vantagem que ele fez foi mostrar para os obstetras que o Rei está nu. Vocês podem odiar a expressão “violência na atenção obstétrica”, aliás, eu não falo “violência obstétrica”, eu falo “violência na atenção obstétrica” porque ela não é obstétrica, porque ela é uma violência não só do obstetra, ela pode ser da enfermeira, do auxiliar, do porteiro, de qualquer um que está ali, sabe? Ela ocorre porque é uma mulher, porque nós estamos numa sociedade que acha legítimo oprimir mulheres, acha legítimo mulher vender carro, vender bebida, vender não sei o quê... Acha legítimo, uma menina de 16 anos ter sido drogada e estuprada por 33 homens. E até hoje eu não vi o que aconteceu na Justiça com esses 33 homens, mas a culpa era dela, que ela estava de short. Então assim? Enquanto a nossa sociedade acolher esse tipo de coisa e achar legítimo e os juízes continuarem absolvendo, enquanto isso estiver acontecendo, as mulheres vão continuar sofrendo violência. E humanização é basicamente, a nossa resposta à violência. Humanizar é reconhecer que quem está lá é uma mulher, que é um ser humano, um bebê, que é um ser humano e um profissional, que é um ser humano (ENTREVISTADA E3).

O modelo de assistência holístico-humanizada do BRASIL (2014), conforme o Quadro 2, coloca a assistência obstétrica em uma estrutura que conta com alguns elementos como, por exemplo, o entendimento do corpo como um organismo que se relaciona com outros meios e outros sistemas, o balanço entre os desejos da instituição e do indivíduo, a informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre o médico e o paciente, uma estrutura organizacional em rede que facilita a individualização da assistência, autoridade e responsabilidade inerente a cada indivíduo, ciência e tecnologia colocadas a serviço do indivíduo. Este modelo proposto, conta com a essência do movimento da humanização que se baseia principalmente, como o próprio nome já incita, no acolhimento dessas mulheres na assistência

obstétrica como um ser humano. Não é simplesmente um corpo, visto na lógica tecnocrata, como máquina, um paciente como objeto que se enquadram em organização hierárquica e padronizada de cuidados, com autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente dentro de um sistema dirigido pelo lucro (BRASIL, 2014).

É esse modelo tecnocrata que através da patologização do parto, permite a sua inclusão nos sistemas de saúde vigentes e sua sujeição aos saberes médicos. A atuação esperada seria um suporte médico, com monitoramento da saúde do binômio mãe-bebê durante o pré-natal, a serviço do indivíduo, e não com autoridade sobre, e ainda de forma individualizada, humanizada, respeitando as decisões da mulher em relação às condutas que ela pode escolher, com informação e autonomia. Porém, com a gestação sendo um forte potencial de patologias, o que temos hoje são protocolos médicos que atuam mais fortemente sobre esse potencial do que com o evento natural, e conforme cita o caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2014). Nesta lógica, o poder centraliza-se naquele que detêm o saber (médico ou equipe médica) e coloca o corpo da mulher como um objeto em desequilíbrio:

“A mulher também é tida como incapaz de compreender as intrincadas nuances médicas e científicas envolvidas nas decisões. Em relação à tecnologia, tal modelo acredita que, para aumentar a eficiência de uma máquina imperfeita, ou seja, o corpo da mulher, são necessárias várias outras máquinas” (BRASIL, Caderno HumanizaSUS, 2014, p.25)

A existência de um movimento que luta pela aceitação do corpo feminino como um ser humano dentro de uma assistência obstétrica é o que denuncia a objetificação e sujeição à qual a maioria das mulheres estão submetidas. Quando questionado, se o modelo ainda dominante, que é o modelo tecnocrático está em crise, o entrevistado E1 explica:

Claro, tanta é a dúvida que a simples existência de uma pessoa como eu denuncia uma crise do modelo. Na realidade, não é o modelo de atenção ao parto, a medicina passa por uma crise muito importante. Mas a invasão da medicina sobre um processo fisiológico como o parto está passando por uma crise muito forte. E a gente e a própria rede pela humanização do nascimento é uma prova, para o que tu quer uma rede de humanização no nascimento?

Se está tudo bem na atenção ao parto, não precisava da existência de uma rede, mas tem muita coisa errada (ENTREVISTADO E1).

É vislumbrado dentro do campo um conjunto de ações política, cultural, econômica e ideológica que aos poucos estão estruturando uma nova lógica de assistência obstétrica no Brasil. Para Foucault (1994a) essas são condições absolutamente necessárias para própria ação política, visto que

a ação política é uma maneira de manipular e eventualmente mudar, inverter e transformar as estruturas. Em outros termos, a estrutura se revela na ação política ao mesmo tempo que a ação política trabalha e modifica as estruturas (FOUCAULT, 1994a, p. 655).

Para finalizar, a atuação empreendedora institucional evidenciou no campo uma série de mudanças que são necessárias para o desenvolvimento e estruturação da lógica da humanização como um empreendimento institucional com potencial de se apropriar do campo da assistência obstétrica. Temos que a mudança da relação de poder é um dos fatores essenciais e que a partir dessa mudança resultam outras mudanças como a descentralização do poder médico e o surgimento do protagonismo feminino como parte atuante dos processos inerentes ao próprio corpo, a instituição de uma estrutura que comporte uma equipe multidisciplinar de forma a dividir entre médico, equipe e parturiente a tomada de decisões de acordo com suas responsabilidades e papéis, dentro do campo. É importante salientar a necessidade de mudanças nesse entendimento de poder relacionado ao saber médico desde o processo de formação acadêmicas, pois a iniciação desse processo desde a faculdade foi apontada pelos entrevistados.

Sobre o protagonismo feminino, para apropriar a mulher como um indivíduo que compartilha o poder, a responsabilidade e a autoridade sobre seu corpo e seus processos, são necessários dois principais elementos que são, a mudança cultural, construída ao longo do tempo por mitos, violências, e discursos que não correspondem a realidade das evidências científicas e ao mesmo tempo, a educação como elemento que proporcionará a escolha

informada. Educação esta que necessita ter início através do entendimento dos processos do corpo, adolescência, variações hormonais, sexualidade até chegarmos aos eventos mais próximos ao nascimento como gestação, parto e pós parto. O papel da informação neste sentido, além de conferir maior poder da mulher sobre seu próprio corpo, ainda dá suporte para que ela consiga evidências mecanismos de dissociação institucional em um mercado tão amplo e competitivo. Ter informações e um papel de debate, a ajudará a encontrar bons profissionais que realmente se enquadram na lógica da humanização e não apenas criam uma visibilidade de humanização, mas mantém em suas práticas de assistência obstétrica a centralização de poder, a medicalização e tecnicidade desnecessárias, como ferramentas gerenciais ao seu próprio sistema econômico ou das instituições que atendem.

Para Foucault a construção do saber não ocorre apenas através da episteme, mas principalmente por meio das práticas discursivas ao longo do tempo. Prática essa “que tem um caráter sistemático (saber, poder, ética), e geral (recorrente) e, por isso, constituem uma experiência ou um pensamento” (CASTRO, 2009, p. 338). Assim, para a desconstrução do poder-saber (FOUCAULT, 2007) centralizado na figura médica, torna-se necessário a construção de uma nova lógica socialmente qualificada através das práticas e do discurso. É um processo que leva tempo, e de acordo com o pensamento foucaultiano, é um tipo de mudança possível de perceber mais nitidamente através dos resultados e do que pelo processo de mudança em si. Da apreensão do corpo feminino como um objeto de estudo para a construção de modos de sujeição. E nesse campo, é possível incluir o protagonismo feminino na questão da assistência obstétrica através da formação e transformação cultural e da construção da mulher enquanto sujeito, que se relaciona consigo e com os outros. No campo da assistência obstétrica, a lógica da humanização utiliza-se do deslocamento de poder não através da retirada do poder médico e da realocação desse poder nas mãos da mulher, mas sim do entendimento de que a mulher e os demais participantes não concorrem contra ou a favor do tempo, contra ou a favor do mercado, contra ou a favor do corpo, mas que eles negociam o exercício das práticas. De tal maneira que para libertar-se dos eixos do biopoder (disciplina e biopolítica) torna-se necessário encontrar novas

formas de subjetividade para além daquelas que já não as comporta (estruturas tecnocratas) (FOUCAULT, 2007).

Em suma, o protagonismo feminino versa como um dos elementos centrais na discussão de poder no campo da assistência obstétrica, mas é necessário encontrar um local para além do embate entre os elementos que compõe a lógica. A estruturação que inclui a formação de equipas e realoca as questões de autoridade e responsabilidade de acordo com os papéis de cada um dos indivíduos que compõe essa equipa, e como parte desse conjunto a mulher, como participa do processo, é sujeito que se relaciona consigo e com os demais, em detrimento da objetificação presente na lógica tecnocrata.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Lawrence (2008) ao debruçar-se sobre as questões relacionadas ao poder e as instituições como agentes promotores de mudança e empreendedorismo institucional nos aponta para a importância de considerar o poder e a política ao examinar as instituições e a mudança institucional: incorporar o poder é fundamental para entender como as instituições operam na sociedade e sua relação com as organizações. Apesar de ter passado pouco mais de uma década que tal constatação, uma revisão sistemática sobre o campo nos mostra que pouco foi avançado no sentido de evidenciar empiricamente essa relação.

Outro ponto importante, apoia-se no objeto de estudo desta pesquisa que é a assistência obstétrica brasileira, que trata-se de um campo abrangente e importante mundialmente, e que tem sido discutido enfaticamente nas principais bases de dados da área da saúde, e no campo organizacional, principalmente no caso do Brasil, trata-se de fato de um campo que está sofrendo diversas pressões para uma mudança institucional, a ponto de ser possível trabalhar, hoje, com duas lógicas institucionais conflitantes mas ambas atuantes: o modelo ainda predominante, porém em crise, diante das pressões

institucionais – o modelo de assistência padrão, apoiado pelo modelo tecnomédico, e o modelo em ascensão, mas ainda com pouca evidência enquanto prática institucionalizada nas organizações, que é o parto humanizado, afeto ao modelo humanista/holístico explorado nesta pesquisa. Trata-se desta forma, de elucidar empiricamente a relação entre poder e instituições em um campo de mudança, justamente em uma circunstância onde o campo institucional sofre abalo e pressões para que a mudança ocorra.

A análise do poder nas relações de mudança e empreendedorismo institucional também constitui um importante avanço pois, as questões de poder ainda estão em déficit na abrangência da teoria institucional (JONSSON & ARORA-JONSSON, 2018) e teóricos críticos como Habermas, Gramsci e Foucault, apesar de suas contribuições centrais para a nossa compreensão de como os sistemas de crenças se tornam hegemônicos, são frequentemente eliminados das seções de revisão de literatura de teoria institucional (MUNIR, 2015, p. 3).

Neste estudo, o poder é analisado sob duas perspectivas que apesar de distintas trabalham dentro da estrutura organizacional. A primeira, como citada acima é sobre como o poder influencia a mudança institucional e a ascensão ou queda de lógicas institucionais conflitantes. A segunda perspectiva trata-se de que a mudança institucional no caso da Assistência ao Parto, também trabalha sobre uma forma de mudança de estrutura de poder, onde o modelo de parto Humanizado deposita o poder sobre o evento no protagonismo feminino.

Torna-se ainda mais importante analisar este caso de mudança institucional saber que os empreendedores ou agentes de mudança são aqueles que virtualmente perderiam seu poder diante do evento do parto, de forma que os interesses dos agentes não necessariamente sumarizem os interesses organizacionais nos quais eles estão vinculados ou, essa mudança de estruturas de poder configuram uma forma de dissociação diante de lógicas conflitantes e essa transferência não ocorre de fato: a prática fornece informações de protagonismo feminino, primeiro, diante de uma necessidade de mercado ou segundo, ainda institucionalmente mantendo a figura

profissional como maestro do evento de parto, tratando-se apenas de uma dissociação de lógicas institucionais.

O sistema obstétrico brasileiro configura mais do que uma instituição regida por leis e diretrizes, que no caso do Brasil compactuaram de forma mais legitimada até 2018 com o modelo humanista/holístico. No entanto, a lógica do modelo tecnomédico conta com um mecanismo social e cultural de difícil transposição, além do fato que, como não é uma estrutura dominante e arraigada no campo ainda, oscilações nos campos sociais e políticos podem afetar negativamente o crescimento da lógica. Os pilares normativo e cultural-cognitivo, nesse caso, atuam de forma histórico-cultural perpetuando o modelo aprendido há décadas, e muitas vezes atualmente nos hospitais-escola, mesmo com a medicina baseada em evidências (e todo o seu arcabouço de material científico mostrando como as práticas e rituais estão defasados, que não somente não diminuem a morbidade materno-infantil quanto também, atuam de forma a tratar a gestação como um evento patológico e intervencionista por sua natureza patológica (TORNQUIST, 2004; ULLMAN, 1991). Existe todo um padrão de atuação social e cultural que fazem com que tanto os agentes profissionais quanto os “clientes” (pacientes) se sintam confortáveis na zona já legitimada, furtando-se de fazerem suas próprias escolhas e delegando essa possibilidade àqueles que detém o poder-saber (FOUCAULT, 1993) já legitimado no campo.

Outro ponto de análise é que existem lógicas de mercado atuantes em ambos os modelos, o primeiro atende à uma demanda muito importante de atendimento às organizações e a todo um sistema que não tem estrutura de descentralização médica de forma que, o modelo tecnicista atende melhor ao planejamento, organização, execução e controle organizacional – agendam-se nascimentos por via cirúrgica, conforme disponibilidade e adequação da agenda médica e hospitalar, maior controle sobre o tempo de parto, permanência, maior uso de procedimentos, entre outros. No modelo humanizado, há um nicho de mercado importante também e que necessita de consideração – a maioria por famílias que buscam condições adequadas e adeptas ao modelo humanizado/holístico e que muitas vezes necessitam da contratação particular de equipe multidisciplinar (enfermeiras obstetras e

neonatais, médicos obstetras, pediatras e doulas), equipes essas que muitas vezes sofrem sanções institucionais das instituições de saúde, por oferecerem esse serviço, e que puderam ser evidenciado nas entrevistas.

Ao contextualizar do campo ocorreu mediante a historicidade da assistência ao parto e nascimento. A utilização de um método historiográfico para construção do campo, permitiu evidenciar os seus mecanismos de formação e de institucionalização ao longo do tempo, e permitiu a compreensão de como as funções normativas e regulativas (SCOTT, 1995) do Estado auxiliaram a projetar a mudança institucional do parto e a construção de um novo modelo (tecnicista) (Figura 1), mas ainda não foram suficientes para propiciar o estabelecimento da lógica humanizada. Ou seja, a institucionalização de um parto medicalizado e instrumentalizado foi evidenciado como uma das grandes mudanças institucionais do evento, e nas últimas três décadas, o surgimento de uma nova lógica institucional de humanização dos serviços de saúde, e conseqüentemente do parto, têm emergido dentro do campo de assistência obstétrica motivados principalmente a partir da atuação de movimentos ativistas que buscam através das funções culturais-cognitivas, normativas e regulativas (SCOTT, 1995) projetar um nova lógica humanizada. Nesta contextualização histórica, o parto que era reconhecidamente um evento pertencente às esferas femininas e tratado como um fenômeno fisiológico, passou por um processo de medicalização e institucionalização, ganhando espaço em instituições hospitalares e de ensino, como campo de estudo da medicina e enfermagem de forma crescente (DE MEDEIROS, DE CARVALHO, TURA, 2018). A captura do parto como um evento médico e de potencial patogenicidade se institucionalizou um saber-poder-fazer essencialmente masculino, dado ao fato de que a arena médica foi por muito tempo formada por um campo essencialmente masculino (WOLFF e VASCONCELOS MOURA, 2004, p. 280). O parto então, transformou-se de um evento biopsicossocial, natural e intuitivo, para um objeto de estudo agregado da segurança e conhecimento de uma instituição médico-científica detentora deste saber-poder, o que denota o poder relacional subjacente ao corpo feminino e seus processos dentro do sistema obstétrico tecnocrata, através de

uma mudança essencial nos pilares culturais-cognitivos, normativos e regulativos da época.

A partir da construção histórica e do entendimento dos elementos que propiciaram as mudanças institucionais da lógica tradicional/natural para a lógica tecnicista, foi possível evidenciar o surgimento da lógica da humanização em resposta a alta taxa de intervenções e cesarianas que não culminaram necessariamente em melhores taxas de assistência e morbidade neonatal. O campo científico, figurado pela Medicina baseada em Evidência foi um dos elementos que ajudaram na construção de uma nova lógica de assistência obstétrica. Com práticas e saberes ainda muito difusos, o campo científico foi se apropriando da construção de novos saberes que passaram a ser utilizados aos poucos e maneira mais individualizada.

A constituição histórica foi determinante para evidenciar quais os principais agentes (empreendedores institucionais) (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) que atuaram de maneira incisiva para a emergência da nova lógica institucional (MCPHERSON & SAUDER, 2013) de parto humanizado, as evidências coletadas através da constituição histórica foram levadas a campo, através de uma abordagem qualitativa, onde iniciou-se um processo de entrevistas semiestruturadas para criação de uma rede de empreendedores institucionais que atuaram compartilhando de um mesmo campo ideológico e prática para a emergência do movimento de humanização. Uma primeira rodada de entrevistas e sua análise prévia evidenciou que os agentes que constituíam laços fortes e um comportamento determinante como empreendedores institucionais pertenciam à Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), assim a pesquisa passou por um redirecionamento metodológico no qual, optou-se pela delimitação dos agentes empreendedores àqueles pertencentes à ReHuNa. Como detalhado no item 4.2, a ReHuNa, institucionalizada em 1993, configurou-se como uma reunião de agentes empreendedores que dispuseram de recursos e esforços para a construção da lógica, e através de um movimento de expansão, hoje conta com mais de 330 associados pelo Brasil.

Através dessa contextualização a partir da historicidade da assistência ao parto e nascimento e do poder subjacente ao corpo feminino alguns

elementos constituintes da formação do empreendimento foram surgindo. Sobre as principais motivações para empreender dentro do campo, a maioria dos entrevistados citou que a motivação é inerente à processos internos do indivíduo, como uma construção do seu próprio ser e a partir de outras instituições a qual ele faz parte, como família, faculdade, leituras, atuação profissional, interesse investigativo entre outros. Então foram evidenciados que algumas características inerentes à própria personalidade e temperamento dos agentes encontraram na humanização uma forma de expandir para atuação profissional elementos sociais que eles já exercitavam anteriormente como empatia, escuta, questionamento de abuso de poder, vontade de ajudar outras pessoas entre outros. Quando o campo científico começou a se alastrar, propiciado pela MBE e por materiais de alguns precursores internacionais do movimento como Robbie Dais-Floyd, Michel Odent e Frederick Leboyer esses agentes encontraram material que davam suporte à um conjunto de ideologias e práticas que até então ocorriam de forma solitária. Cada um, atuando de forma individual em seus trabalhos, espaços e cidades, eram facilmente pressionados pelas forças externas da lógica tecnicista, mas o que não impediu um crescimento micropolítico, influenciando outras pessoas mais próximas.

O poder dessa atuação micropolítica foi evidenciada com a expansão e popularização da internet. Onde esses pequenos grupos e pessoas que atuavam de maneira solitária e distinta, encontraram através da rede um potencial de interlocução em outras pessoas que compartilhavam da mesma ideologia. É evidenciado então, o *Grassroots Movement* ou movimento de base (tradução livre) que se trata, de acordo com Cohen, Ottinger e Fortun (2011) como um movimento de mudanças institucionais propulsionado por práticas e movimentos de ativistas que através de estudos, das práticas e da promoção da ciência. O movimento rizomático, encontra em outros agentes transformadores motivações, práticas e conhecimentos que proporcionam o movimento de mudança de lógicas. Durante o período de isolamento, onde a internet ainda não atuava como um facilitador na comunicação, os agentes foram criando raízes ao seu entorno, que ao emergirem à superfície, se perceberam conectados por uma rede de raízes aprofundadas.

A internacionalização de práticas também foi uma constante, uma vez outros países encontram-se muito mais avançados na emergência da lógica humanizadora, como Holanda, Suécia e Nova Zelândia, no qual o modelo humanizado é o modelo hegemônico e predominante no campo (MANA, 2019). O movimento da humanização do parto e do nascimento teve início na Europa, nos anos 50, como um desdobramento do parto sem dor e da perspectiva no médico francês Frederick Leboyer (TORNQUIST, 2004). No Brasil, as repercussões mundiais começaram a surgir a partir da década de 80 e apesar do modelo de assistência obstétrica é difuso em diferentes partes do mundo, a principal figura influenciadora das discussões sobre melhoria das práticas obstétricas deriva do modelo de assistência defendido por instituições internacionais como OMS, OPAS e FIGO.

A internet foi identificada pelos agentes como principal canal onde eles encontraram interlocução e passaram a trocar práticas e conhecimentos com outros atores do campo. O encontro desses agentes que já estavam bem estabelecidos como profissionais da humanização em suas localidades propiciou a formação de grupos e posteriormente a união e institucionalização da sua atuação através da ReHuNa.

Como mostrado nos processos metodológicos da pesquisa, cinco agentes empreendedores se destacam por meio de uma atuação diferenciada dentro do movimento realizado pela Rehuna. Incentivada pela ideia de posicionamento de Giddens (2003, p.97), que atribui à formação de papéis enquanto uma estruturação permeada de significação, dominação e legitimação, que ajudam a formar a identidade do agente, e de certa forma moldar as expectativas em relação a ele no que se refere à atenção as questões normativas e comportamentais, atribui-se papéis à esses empreendedores institucionais. Derivados da expectativa de representação de cada indivíduo perante às instituições a quais fazem parte, a utilização do conceito de papéis sociais, cinto a representação de uma expectativa de atuação dentro do campo.

Assim, a atribuição de papéis é um dos modelos estruturantes de Giddens (2013) que nos auxilia no entendimento da contribuição principal de cada um dos agentes dentro do campo e foram distribuídos em: Revolucionário, Aprendiz/Multiplicadora, Estrategista, Comunicadora e

Liderança/Empreendedora. O Revolucionário performa um papel de incitador de mudanças.

Um dos primeiros agentes no campo, sofreu diversas sanções regulativas por seu posicionamento incisivo da desapropriação da lógica tecnocrata, e das amarrações econômicas, capitalistas e patriarcais que sustentam a permanência da lógica. Adota uma performatividade revolucionária pois não acredita que pequenas reformas no campo possam surtir os efeitos necessário, inclusive nomeia essas pequenas mudanças como sofisticação de tutela, ou seja, o corpo feminino continua tutelado à uma lógica de mercado, de produção e patriarcal, mas sem as mudanças fundamentais que deslocam o corpo feminino como objeto de uma linha de produção e do poder médico.

A segunda entrevistada performou um papel de aprendiz/multiplicadora, pois foi uma das primeiras alunas dos cursos oferecidos pela ReHuNa e a partir do conhecimento adquirido teve um importante papel micropolítico de pulverizar a ideologia da humanização do parto através da formação de 16 grupos, nos estados do Paraná, Santa Catarina e São Paulo, para trocas de informações para mulheres, gestantes ou não. Nos grupos, com encontros quinzenais, a aprendiz/multiplicadora discutia evidências científicas, trazia relatos de partos humanizados, e outros materiais que tiveram uma importante função cultural-cognitivo para desmistificar equívocos comumente compartilhados sobre gestação, parto e nascimento.

À terceira entrevistada atribui-se o papel de estrategista. Ela teve como principais feitos a formação de alianças com instituições legitimadas nacionalmente (Ministério da Saúde, FEBRASGO, CRM, CFM) e internacionalmente (FIGO, OPAS, OMS, MANA, IMBCO, ACOG). A formação de alianças ajudou o movimento a ganhar legitimidade dentro e fora do campo, a ter potencial sócio-político, fomentando mudanças estruturais através do Estado (Ministério da Saúde), propiciou mais recursos para o crescimento e atuação do movimento, ganhou interlocução com Estados, instituições e mercado, aumentou o alcance das ideias promovidas pelo movimento. Através da intercessão da Estrategista o movimento propiciou maior compartilhamento de informações através de cursos, seminários nacionais e internacionais,

formação de grupos de estudos (GENP) e alcançou a propagação do movimento pela mídia através de entrevistas, notícias, denúncias, documentários, filmes, mostras etc.

O quarto entrevistado teve como atribuição de papel a comunicação. Foi evidenciado no seu discurso a necessidade de fazer a humanização alcançar grandes grupo independente da área de atuação. No movimento da humanização do parto e do nascimento, o Comunicador tem empresas que oferecem cursos e imersões para profissionais dentro da perspectiva humanizada, atua como um disseminador de informações através de grupos pela internet e presenciais.

E a quinta entrevistada, evidenciou-se através da sua performance enquanto papel de Liderança/Empreendedora, pois atua principalmente na construção de novas estruturas que visam suprir lacunas existentes no campo (cursos, movimentos, casas de parto, ativismos entre outros).

A atribuição de papel a esses agentes foi fundamental na construção de um conjunto de práticas exercidas pelos agentes empreendedores institucionais (MAGUIRE, HARDY & LAWRENCE, 2004) para a emergência de uma nova lógica (humanização) em um campo institucional já identificado à uma lógica dominante e conflitante (tecnocracia).

Assim foi possível evidenciar ainda a repercussão de práticas como representações ideológicas compartilhadas entre os agentes empreendedores do campo. A ideologia configura-se através do compartilhamento de crenças e práticas reproduzidas socialmente entre os membros do grupo, mas que ainda podem ser “adquiridas, confirmadas, alteradas e perpetuadas através do discurso” (VAN DIJK, 2006, p. 115). E o compartilhamento de uma ideologia da humanização do parto e do nascimento foi responsável pela adoção de diversas outras práticas que passaram a ser compartilhadas pelo campo. Um dos primeiros indícios decorrentes das práticas passou pela atenção à estudos científicos que evidenciaram, que mesmo com a evolução das “tecnologias” utilizadas para a melhora da assistência obstétrica, números relacionados a mortalidade, o aumento de cesárias e das complicações maternos-infantis não obtiveram melhoras significativas (ULLMAN, 1991). Ao passo que, a OMS

(2018) identificou que a melhoria da qualidade do atendimento na época do nascimento, especialmente nos países de baixa e média renda é a estratégia de maior impacto para a redução de natimortos¹⁵, mortes maternas e neonatais, comparada às atuais estratégias de atenção pré e pós-parto.

Assim as principais práticas compartilhadas pelo campo tiveram fundamento no modelo principais recomendações da OMS para uma experiência de parto positiva (Quadro 3), mas tiveram início principalmente a partir do âmbito cultural e de características inerentes à alguns profissionais que foram percebendo através do seu trabalho uma maior necessidade de contato e aproximação com o paciente e de atendimento à desejos e vontades inerentes de outro ser humano que se posiciona em um papel de paciente e não como um objeto do sistema de produção vigente. Outras práticas também foram surgindo como um contraponto a excessiva medicalização e intervenção da assistência ao parto. Muitos passaram a observar através da sua conduta de assistência que partos menos intervencionistas tinham melhores desfechos nos âmbitos biopsicossociais.

Mas as práticas não se situavam apenas no campo da assistência obstétrica em si, mas ainda através de uma atuação performática para incitar mudanças em outros movimentos regulativos, normativos e culturais-cognitivos. A internacionalização de práticas através de diretrizes como a OMS, OPAS fomentou mudanças no atendimento ao parto no Brasil e ainda mudanças estruturais (regulativas) a partir das recomendações da FEBRASGO para que as práticas da OMS (2018) fossem atendidas. No entanto, a excessiva medicalização, mesmo com a atuação de instituições e do movimento ainda é crescente o que propiciou denúncias a um modelo que não atende às diretrizes de instituições legitimadas. Esse fato, juntamente com a atuação de agentes pertencentes ao movimento auxiliou na demanda de políticas públicas e regulamentação do mercado através de legislações e normativas. A socialização com outras instituições que comungam de um mesmo campo ideológico ou de partes estruturantes importantes, como IBDFAM e Parto do Princípio, também foram essenciais para trazer mais força para o campo. A

¹⁵ Quando o feto morre antes da expulsão do parto.

externalização do conhecimento criado a partir da elaboração de cartilhas, manuais, diretrizes, da formação de grupos de estudos (como o GENP), cursos, seminários, palestras, concursos (Vide Galba de Araújo – ANEXO B) trouxeram visibilidade para o campo além de atuarem como um forte fator cultural para o alcance da ideologia da humanização. Os debates políticos, sociais e culturais auxiliam além de novos adeptos, mas principalmente como um importante fator de atuação do movimento em diversas instituições de Estado e de mercado.

Suas práticas também visam uma modificação na cultura do parto normal que foi prejudicada ao longo dos anos devido a sua excessiva medicalização e instrumentação. A narrativa do parto difícil e violento tornou-se uma alternativa para vender cesárea, um procedimento que pode ser planejado, com anestesia e uma relativa curta duração, atendendo cada vez mais uma lógica de produtividade atraente na sociedade como um todo. Assim, instituições médicas, equipes profissionais e podem liderar um evento na sua totalidade, e capturando-o totalmente dentro de uma estrutura organizacional com planejamento, organização e o controle.

O atendimento da reprodução dos pilares regulativos, normativos e cognitivos (SCOTT, 1995) da assistência ao parto dos empreendedores institucionais foi evidenciado em uma cadeia que mostra que pequenas práticas relacionadas a humanização do parto e do nascimento que começaram a serem exercidas de forma isolada e compartilhadas aos poucos – culturalmente, principalmente, dentro de comunidades, ou até normativamente, dentro de instituições – e foram cada vez mais alcançando maior público e proporcionando um diálogo dentro do campo. Assim, com o aumento dos estudos que evidenciavam benefícios relacionados à lógica humanizadora, práticas começaram a ser associadas principalmente ao pilar cultural, pois passaram a ser estudadas e compartilhadas, tanto em processos de formação acadêmico-profissional quanto alastrando-se socialmente. O surgimento da Medicina baseada em Evidências (MBE) como uma prática acadêmica passou a ser cada vez mais disseminada, entrelaçando-se com pilares cognitivos, através da atuação da ciência, da elaboração de estudos e pesquisas, de resultados de experiências, às práticas da humanização que passaram a receber maior legitimidade social e acadêmica. A expansão das práticas nos

âmbitos culturais-cognitivos, a adoção nas mesmas por instituições tanto de formação acadêmica quanto instituições hospitalares e políticas auxilia no crescimento que uma expectativa social em relação à adoção de tais práticas, de tal forma que o pilar normativo das instituições passa a se relacionar cada vez mais com as ações e ideologias do campo.

A representatividade dos elementos normativa e cultural-cognitiva atuam como principal força motriz para o desenvolvimento do pilar regulativo, pois torna-se necessária a regulamentação de práticas já compartilhadas no campo. Essa regulamentação pode ocorrer através de políticas públicas que visam preencher lacunas sócio-políticas, mas principalmente de legislações e outras regras que estabeleçam direitos e deveres, sociais, políticos, profissionais e institucionais dentro da lógica em emergência. Esse desencadeamento dos pilares dentro no campo da assistência obstétrica no Brasil foi possível de ser evidenciada durante todos esses anos de empreendedorismo realizados pelos agentes da ReHuNa, desde 1993. A Linha do tempo da ReHuNa, explicitada no item 3.1.3 e a análise de dados realizada até então evidenciou o quanto de resultados políticos, normativos e culturais-cognitivos já foram conseguidos até então.

Foi identificado ainda na prática discursiva dos empreendedores institucionais o conjunto das forças externas (NORTH, 1990; WILLIAMSON, DIMAGGIO & SCOTT, 1995) encontradas no campo de assistência obstétrica do Brasil de forma a identificar forças afins e contrárias à lógica dominante de assistência ao parto. Como forças afins elencou-se o crescimento do movimento como uma nova lógica dentro de um campo já maduro frente a outra lógica dominante que é do parto tecnicista, a possibilidade de um campo de compartilhamento entre agentes empreendedores da mesma ideologia sobre a humanização do nascimento e do parto e conseqüentemente, o compartilhamento de práticas e sua crescente normatização dentro do campo que levou à elaboração de políticas públicas, resoluções e legislações que dão suporte regulativo à emergência da lógica de humanização, o crescimento e divulgação da Medicina baseada em evidências (MBE) que fornece dados e informações seguras através de metodologias científicas e do endossamento de instituições de pesquisa legitimadas e reconhecidas cientificamente como a

COCHRANE, e de conteúdo midiático como a produção de filmes e documentários, exposições de fotos, exposição em programas de televisivos, entrevistas, livros e outros documentos de caráter informativo e cultural, foram essenciais para a expansão cultural-cognitiva sobre o que é a humanização do parto, quais os seus objetivos, como o movimento atua e quais direitos e deveres foram resgatados a partir do ativismo exercido pelo movimento, e outros elementos apresentados novamente aqui como a formação de alianças dentro do campo. A formação de alianças também foi outro elemento essencial elencado como força afim, para fomentar maior credibilidade, e agir como um canal multiplicador da comunicação sobre as práticas e informações acerca da humanização do nascimento. A internacionalização também foi outro elemento importante dentro dessa construção normativa do campo, pois propicia a troca e/ou influências de culturas, linguagens, pessoas, legislações e também de práticas.

Como forças contrárias, diversos elementos foram elencadas nesta análise como: o mito da transcendência tecnológica, a falta de uma estrutura adequada do ponto de vista de administrativo (visão gerencialista e funcionalista), a lógica da tecnocracia que coloca o nascimento dentro de uma estrutura de linha de produção, a falta de acesso por grande parte da população a um mercado capaz de suprir os desejos por um atendimento humanizado, o corporativismo dos médicos e os próprios pares que exercem uma pressão contra o crescimento das práticas de humanização e a cultura da cesariana como evidenciado pelo dossiê do Parto do Princípio (2012).

A inserção do parto e do nascimento em um modelo administrativo tradicional é um dos principais entraves uma vez que o parto é configura-se como um evento imprevisível (não tem data, hora ou local preditivos para começar) e por se tratar de um fenômeno fisiológico único (não se enquadra em nenhum modelo que no qual ele possa ser categorizado em termos de duração, da necessidade ou não de intervenções, da necessidade ou não de métodos farmacológicos, entre uma infinidade de características que o tornam um evento essencialmente único). Tais características impossibilitam a inserção do modelo humanizado nas estruturas de assistência obstétricas tradicionais. Outra pressão contrária evidenciada nos discursos, foi a criação

de barreiras de entrada de outros modelos ou profissionais que possam desestabilizar esse mercado tecnocrata, através de sanções, conflitos e impedimentos técnico-administrativos. A falta de acesso às estruturas humanizadas existentes hoje, muitas dentro de um mercado particular, também se mostra como uma força contrária a emergência da lógica da humanização.

A oferta de uma estrutura apta ao atendimento humanizado, muitas vezes, envolve a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar que é uma das prerrogativas do modelo de humanização. Essas equipes multidisciplinares contam com a disponibilidade de obstetrites ou enfermeiras obstétricas como a principal figura de assistência da gestação, parto e pós-parto, pediatra ou enfermeira neonatal, o médico obstetra e doula. No entanto, poucas pessoas tem acesso financeiro ou regional a esses serviços.

A falta de informação como uma força contrária a emergência do campo pode atuar frente à identificação de mecanismos de dissociação, que se trata de uma tentativa de atender à essa demanda humanizada, como citam Pache e Santos (2010) refere-se à adoção simbólica de estruturas ou práticas que possam passar alguma legitimidade para o campo, no entanto, tais mudanças não são implementadas de fato. Outro fator decorrente da falta de informação é a possibilidade de uma escolha informada que se torna necessária para o posicionamento da mulher enquanto protagonista do evento do parto. E muitos elementos já começam a serem vistos como acoplados. A necessidade de uma descentralização do poder-saber de Foucault recai nos pontos evidenciados anteriormente de formação de equipes multidisciplinares e do protagonismo da mulher através da escolha informada.

Sabe-se que muitos elementos constituintes da lógica tecnocrata partem de centralização de poder através dos saberes médicos e que podem culminar no abuso desse poder nas relações e nas práticas de assistência obstétrica. A excessiva quantidade de intervenções, a objetificação do corpo feminino, o abuso de poder e a violência obstétrica são decorrentes de um relacionamento organizado por estruturas que colocam a figura médica como um papel central detentor de saber, desde a formação acadêmica, conforme evidenciado nas análises. Para que a descentralização de poder aconteça, o parto volta a ser apropriado como um evento feminino pertencente à mulher e a equipe médica

como um papel de suporte técnico frente as necessidades, onde o poder, a autoridade e as responsabilidades são distribuídas entre os indivíduos que fazem parte do processo e de acordo com os papéis desempenhados. O protagonismo feminino é uma forma de posicionamento da mulher em relação ao próprio corpo e dos processos inerentes a ele, o que não configura uma liberdade em absoluto dado que mesmo dentro de uma lógica humanizada todos estão sujeitos à um conjunto de práticas institucionais, independente do posicionamento diante das lógicas, se tecnocrata ou humanizado. Esse entendimento torna-se necessário para o reconhecimento dos papéis de todos que fazem parte da assistência ao parto e nascimento e conseqüentemente da delimitação de seus poderes individualizados, uma vez que cada indivíduo se torna responsável pelas decisões que cabem a cada um. O movimento da humanização não prega o desempoderamento dos seus agentes, mas uma distribuição justa e humanizada de acordo com o desempenho dos seus papeis, sejam membros da equipe profissional ou da mulher e seus familiares.

Assim, a lógica da humanização do parto surge como uma síntese das duas primeiras mudanças institucionais que já ocorreram no campo: do parto tradicional, humanizado, mas sem respaldo técnico e científico; e da lógica tecnicista, que atende às estruturas gerencialistas da promoção do lucro como resultado institucional, no entanto, em detrimento da individualização de um atendimento de acordo com as subjetividades pertencentes à um evento biopsicossocial como o nascimento. A partir dessa síntese, o corpo feminino não deve ser visto como um corpo a ser disciplinado pela utilização de regras e verdades institucionais, pela sujeição à autoridade médico-hospitalar, de maneira passiva e inscrita à autoridade da medicalização e objetificação (Foucault, 1979) nem circunscrito às limitações disciplinantes dos corpos como performance de mercados.

Para uma estruturação deste novo modelo, foram evidenciados a necessidade de descentralização do poder médicos frente a utilização de equipes multidisciplinares, o empoderamento das mulheres em relação a um aprendizado sobre os processos inerentes ao seu próprio corpo e dos processos decorrentes como gestação, parto e puerpério. Uma remuneração justa de igualitária de acordo com a disponibilidade de horas e procedimentos

utilizados, uma maior fiscalização frente as legislações já existentes. Espera-se que com uma melhor disseminação de informações e uma educação apropriada sejam capazes de modificar comportamentos e pré-conceitos existentes diante das lógicas conflitantes. A ciência configura-se também como um principal direcionador de práticas através de suas pesquisas e resultados.

Este modelo proposto, conta com a essência do movimento da humanização que se baseia principalmente, como o próprio nome já incita, no acolhimento dessas mulheres na assistência obstétrica como um ser humano. Não é simplesmente um corpo, visto na lógica tecnocrata, como máquina, um paciente como objeto que se enquadram em organização hierárquica e padronizada de cuidados, com autoridade e responsabilidade inerente ao médico e não ao paciente dentro de um sistema dirigido pelo lucro (MS, 2014).

Em suma, evidenciou-se a necessidade de uma grande mudança estrutural que envolve a) a adoção de uma equipe multidisciplinar 24 horas por dia 7 dias na semana para uma assistência obstétrica respeitosa e humanizada, b) oferta adequada de informação sobre os processos inerentes à reprodução (fatores fisiológicos, sexuais, informações sobre gestação, parto, puerpério, entre outros), c) remuneração adequada de acordo com a disponibilidade de tempo cedido ao acompanhamento do trabalho de parto ou de demais intervenções, d) o desenvolvimento do campo institucional de acordo com o desenvolvimento da ciência e dos elementos sociais, culturais, políticos e econômicos da sociedade e, e) cumprimento das legislações e outros elementos que regulam o mercado, as práticas e as trocas econômicas, assim como punição aos casos de abuso de poder, sexismo e violências obstétricas cometidas nas suas diversas modalidades.

6.1 LIMITAÇÕES

Um dos primeiros entraves e pontos importantes para o posicionamento enquanto uma ciência isenta das questões particulares foi o exercício do estranhamento de um fenômeno familiar em um campo onde essa

aproximação, questionamentos e busca por respostas teve início há 10 anos, ou seja, em 2011. Despir-se das crenças pessoais e das experiências vividas foi um dos primeiros conselhos que recebi à caráter de orientação para que a pesquisa não assumisse um papel como dito de “panfletagem” sobre uma temática que envolve muitas questões pessoais e histórias de vida. É necessário ainda um cuidado ao trazer à tona alguns problemas estruturantes que podem funcionar como gatilhos emocionais para outras pessoas que tiverem acesso a esses dados, principalmente mulheres que podem evidenciar violências, desconhecimentos ou capturas por um sistema que até então não tinham sido evidenciadas.

Uma limitação metodológica importante ocorreu devido à pandemia da COVID-19 no início do processo de coleta de dados. Por se tratar de uma metodologia que buscou agente empreendedores no campo da assistência obstétrica e que esses atuam, em sua grande maioria nas áreas médicas, houve uma dificuldade em conseguir entrevistar todos os agentes evidenciados no campo. Apesar disso, alcançou-se uma saturação dos dados na pesquisa.

6.2 SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Como sugestões de pesquisas futuras, cito a necessidade de pesquisas voltadas à área da administração para evidenciar como novas estruturas que possam dar suporte à assistência obstétrica podem trabalhar diante da necessidade preditivas de planejamento, organização, controle, produtividade e lucro. Estudos de caso, em casas de parto, e com equipes humanizadas podem oferecer um norte para a elaboração de modelos administrativos que possam trabalhar com a individualização e singularidade de eventos como o parto e nascimento.

Estudos que evidenciem os mecanismos que possibilitam o abuso de poder e de violências obstétricas também precisam ser colocados em prioridade, uma vez que se configura um desnudamento de questões que até

poucos anos atuavam de maneira muito velada e implícita através da utilização dos preceitos do uso do saber como ferramenta de poder.

7. REFERÊNCIAS

ALBANO, Sergio. **Glosario epistemológico de términos**: Michael Foucault. 2007.

ALDRICH, Howard E.; FIORI, C. Marlene. Fools rush in? The institutional context of industry creation. **Academy of management review**, v. 19, n. 4, p. 645-670, 1994.

AMENTA, Edwin; HALFMANN, Drew. Wage wars: Institutional politics, WPA wages, and the struggle for US social policy. **American Sociological Review**, p. 506-528, 2000.

AMENTA, Edwin; ZYLAN, Yvonne. It happened here: Political opportunity, the new institutionalism, and the Townsend movement. **American Sociological Review**, v. 56, n. 2, p. 250, 1991.

ANDION, Carolina; SERVA, Maurício. A Etnografia e os Estudos Organizacionais. In: GODOI, Christiane K; BANDEIRA-DE-MELO, Rodrigo; SILVA, Anielson B. da. (Org.). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais**: Paradigmas, Estratégias e Métodos. São Paulo: Saraiva, 2006.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxas de Partos Cesáreos por Operadoras de Saúde**. Ano 2018. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Último acesso em: 12/08/2019.

ANVISA. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução 36/2008. Brasil, 2008.

ARAUJO, Luis. Markets, market-making and marketing. **Marketing theory**, v. 7, n. 3, p. 211-226, 2007.

BARTLEY, Tim. Transnational corporations and global governance. *Annual Review of Sociology*, v. 44, p. 145-165, 2018.

BARTLEY, Tim; SCHNEIBERG, Marc. Rationality and institutional contingency: The varying politics of economic regulation in the fire insurance industry. ***Sociological Perspectives***, v. 45, n. 1, p. 47-79, 2002.

BATTILANA, Julie; DORADO, Silvia. Building sustainable hybrid organizations: The case of commercial microfinance organizations. ***Academy of management Journal***, v. 53, n. 6, p. 1419-1440, 2010.

BOEIRA, Sérgio Luís; VIEIRA, Paulo F. Estudos organizacionais: dilemas paradigmáticos e abertura interdisciplinar. ***Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos***. São Paulo: Saraiva, p. 17-51, 2006.

BOHREN, Meghan A. et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. ***The Lancet***, v. 394, n. 10210, p. 1750-1763, 2019.

BOUDON, R. Limitations of rational choice theory. ***American Journal of Sociology***, 104(3), 817-828, 1998.

BRASIL. CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fototeca: O Renascimento do Parto. Brasil**, s.d.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF); 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Você sabe o que é Violência Obstétrica?** Blog da Saúde, 2018. Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=53079&catid=579&Itemid=50218> Acesso em: 14/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **CADERNO HumanizaSUS: Volume 4. Humanização do Parto e do Nascimento**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2000.

BRASIL. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

BRASIL. Resolução DC/ANVISA nº 50 de 21/02/2002, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o *Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*. Disponível em: <https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=98634>

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 4. Ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CHALMERS, Beverley; MANGIATERRA, Viviana; PORTER, Richard. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. **Birth**, v. 28, n. 3, p. 202-207, 2001.

CLARKE, John; NEWMAN, Janet. **The managerial state: Power, politics and ideology in the remaking of social welfare**. Sage, 1997.

COHEN, Benjamin; OTTINGER, Gwen. Introduction: environmental justice and the transformation of science and engineering. **Technoscience and Environmental Justice: Expert Cultures in a Grassroots Movement**, p. 1-18, 2011.

CRUBELLATE, J. M. Três contribuições conceituais neofuncionalistas à teoria institucional em organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, n. SPE1, p. 199-222, 2007.

CRUBELLATE, J. M.; VASCONCELOS, F. Respostas estratégicas ao ambiente legal: estudo da institucionalização da qualidade de ensino em IES privadas do estado de São Paulo. **Encontro de Estudos em Estratégia**, v. 3, 2007.

DA SILVA, A. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **REVISTA QUAESTIO IURIS**, v. 10, n. 4, p. 2430-2457, 2017.

DACIN, M. Tina; OLIVER, Christine; ROY, Jean-Paul. The legitimacy of strategic alliances: An institutional perspective. *Strategic management journal*, v. 28, n. 2, p. 169-187, 2007.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, p. S5-S23, 2001.

DE MEDEIROS, Helber Renato Feydit; DE CARVALHO, Diana Maul; TURA, Luiz Fernando Rangel. A concorrência na arte de partejar na cidade do Rio de Janeiro entre 1835 e 1900. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 999-1018, 2018.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields." **American Sociological Review** 48, April: 1983.

DIMAGGIO, Paul. Constructing an organizational field as a professional project: **The case of US art museums**. 1991.

DIMAGGIO, Paul. Interest and agency in institutional theory. **Institutional patterns and organizations culture and environment**, p. 3-21, 1988.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.

FEBRASGO. Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS. 2018. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms> . Último acesso em 30/07/19.

FEBRASGO. **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS**. 2018. Disponível em: <https://www.febasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms> . Último acesso em 30/07/19.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa-3**. Artmed editora, 2009.

FLIGSTEIN, Neil. Social skill and institutional theory. **American behavioral scientist**, v. 40, n. 4, p. 397-405, 1997.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 366-375, 2014.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. **Ditos e escritos: Vol. 5. Ética, sexualidade, política**, p. 264-287, 2006.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. **Dreyfus, H.; Rabinow, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 231-249, 1995.

FOUCAULT, M. **Segurança. Território e População**: Curso no Collège de France: 1977-1978. 2008.

FOUCAULT, Michel. Arqueologia do saber. **Rio de Janeiro: Forense Universitária**, 2007.

FOUCAULT, Michel. Dits et Écrits, Tome II: 1954-1969. 1994b.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade (Vol. II: O uso dos prazeres). **Rio de Janeiro: Graal**, 1984.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. L'Origine de L'Herméneutique de Soi: Conférences Prononcées À Dartmouth College 1980. 2013.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. São paulo: Forense universitária, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). 2006.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. Verve, 18, p. 167194, 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1**: a vontade de saber. 18a ed. São Paulo: Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. trad. de Roberto Machado. Forense-universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Qu'est-ce que les Lumières?** In: Dits et écrits Vol. IV. 1980-1988. Paris Gallimard, 1994.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel; LES REPORTAGES D'IDÉES, In: **Dits et écrits**, Paris, éditions. 1994a.

GARUD, Raghu; JAIN, Sanjay; KUMARASWAMY, Arun. Institutional entrepreneurship in the sponsorship of common technological standards: The case of Sun Microsystems and Java. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 196-214, 2002.

GHOSHAL, Sucheta; BRUCKMAN, Amy. The role of social computing technologies in grassroots movement building. **ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)**, v. 26, n. 3, p. 1-36, 2019.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade** (3a). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2003.

GIDDENS, A. **Central Problems in Social Theory**. London. Macmillan, 1978.

GIDDENS, A. **Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age**. Stanford university press, 1991.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 2008.

GIDDENS, Anthony. **Elements of the theory of structuration**. 1984.

GODOI, Christiane Kleinübing; BANDEIRA-DE-MELLO, Rodrigo; SILVA, AB da. Pesquisa qualitativa e o debate sobre a propriedade de pesquisar. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, p. 1-16, 2006.

GOER, Henci. **Humanizing birth: a global grassroots movement**. *Birth*, v. 31, n. 4, p. 308-314, 2004.

GOULDNER, A. W. **Patterns of Industrial Bureaucracy**. Glencoe, 111.: Free Press, 1954.

GRANOVETTER, M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**, 91(3), 481-510, 1985.

GREENWOOD, Royston et al. Institutional complexity and organizational responses. **Academy of Management annals**, v. 5, n. 1, p. 317-371, 2011.

GREENWOOD, Royston et al. The multiplicity of institutional logics and the heterogeneity of organizational responses. **Organization science**, v. 21, n. 2, p. 521-539, 2010.

GREENWOOD, Royston; SUDDABY, Roy; HININGS, Christopher R. Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 58-80, 2002.

HAACK, P.; SCHOENEBOERN, D. Is decoupling becoming decoupled from institutional theory? A commentary on Wijen. **Academy of Management Review**, v. 40, n. 2, p. 307-310, 2015.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. CR. The three versions of neo-institutionalism. **Lua Nova: revista de cultura e política**, n. 58, p. 193-223, 2003.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig e AGUIAR, Janaina Marques de e VENTURI JUNIOR, Gustavo. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. Tradução . São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013. . . Acesso em: 16 jul. 2022. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/videoteca/videoteca1.html>. Acesso em: 16/06/2022.

JONSSON, Stefan; ARORA-JONSSON, Seema. De-centring the field: Using post-colonial theory to infuse power into institutional theory. In: **Academy of**

Management Proceedings. Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management, 2018. p. 10823.

KARMALI, S. *et al.* "Making Institutional Theory More Critical." **Academy of Management**, 2014. Disponível em: <<https://journals.aom.org/doi/10.5465/ambpp.2014.10573symposium>>.

LADEIRA, Francielli Martins Borges; BORGES, William Antonio. BODY COLONIZATION AND WOMEN'S OBJECTIFICATION IN THE OBSTETRIC SYSTEM. **Revista de Administração de Empresas**, v. 62, 2022.

LALONDE, André *et al.* The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 146, n. 1, p. 65-73, 2019.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LAWRENCE, Thomas B. Institutional strategy. **Journal of management**, v. 25, n. 2, p. 161-187, 1999.

LAWRENCE, Thomas B. Power, Institutions and. **The Sage handbook of organizational institutionalism**, 2008.

LAWRENCE, Thomas B. Rituals and resistance: Membership dynamics in professional fields. **Human relations**, v. 57, n. 2, p. 115-143, 2004.

LAWRENCE, Thomas B.; PHILLIPS, Nelson. From Moby Dick to Free Willy: Macro-cultural discourse and institutional entrepreneurship in emerging institutional fields. **Organization**, v. 11, n. 5, p. 689-711, 2004.

LEBLEBICI, Huseyin *et al.* Institutional change and the transformation of interorganizational fields: An organizational history of the US radio broadcasting industry. **Administrative science quarterly**, p. 333-363, 1991.

LEBOYER, Frederick. **Nascer sorrindo**. Brasiliense, 1989.

LEE, T. W. **Using qualitative methods in organizational research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999.

LOUNSBURY, M. Institutional sources of practice variation: Staffing college and university recycling programs. **Administrative science quarterly**, v. 46, n. 1, p. 29-56, 2001.

LOUNSBURY, M.; VENTRESCA, M.; HIRSCH, P. M. Social movements, field frames and industry emergence: a cultural-political perspective on US recycling. **Socio-economic review**, v. 1, n. 1, p. 71-104, 2003.

MAGUIRE, S.; HARDY, C.; LAWRENCE, T. B. Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/AIDS treatment advocacy in Canada. **Academy of management journal**, v. 47, n. 5, p. 657-679, 2004.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Editora Fiocruz, 2010.

MANA. MIDWIVES ALLIANCE OF NORTH AMERICA. Midwifery Model. Disponível em: <https://mana.org/about-midwives/midwifery-model>. Último acesso em 30/07/19.

MARSHALL, C.; ROSSMAN, G. B. **Designing qualitative research**. Sage Publications, 2011.

MCPHERSON, C. M.; SAUDER, M. Logics in action: Managing institutional complexity in a drug court. **Administrative science quarterly**, v. 58, n. 2, p. 165-196, 2013.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. **American journal of sociology**, v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

MOGHASEMI, Sedigheh; VEDADHIR, Abouali; SIMBAR, Masoumeh. Models for providing midwifery care and its challenges in the context of Iran. **Journal of Holistic Nursing And Midwifery**, v. 28, n. 1, p. 64-74, 2018.

MUNIR, K. A. A loss of power in institutional theory. **Journal of Management Inquiry**, v. 24, n. 1, p. 90-92, 2015.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 651-657, 2005.

NOGUEIRA, A.; LESSA, C. *Mulheres contam seus partos*. São Paulo: Itália Nuova, 2004.

NORTH, D. *Institutions, Institutional Change and Economic performance*, **Cambridge University Press**, Cambridge, 1990

OLIVER, C. Strategic responses to institutional processes. **Academy of management review**, v. 16, n. 1, p. 145-179, 1991.

OLIVER, Christine. The antecedents of deinstitutionalization. **Organization studies**, v. 13, n. 4, p. 563-588, 1992.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=5A2473527A018EB607D6EC064D6A36A0?sequence=3 . Último acesso em 22/07/19.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=5A2473527A018EB607D6EC064D6A36A0?sequence=3 . Último acesso em 22/07/19.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra: 1996.

PACHE, A.C.; SANTOS, F. **Inside the hybrid organization**: An organizational level view of responses to conflicting institutional demands. 2010.

PACHE, A.C.; SANTOS, F. Inside the hybrid organization: Selective coupling as a response to competing institutional logics. **Academy of management journal**, v. 56, n. 4, p. 972-1001, 2013.

PACHE, Anne-Claire; SANTOS, Filipe. When worlds collide: The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands. **Academy of management review**, v. 35, n. 3, p. 455-476, 2010.

PARTO DO PRINCÍPIO, Rede. Violência obstétrica “parirás com dor”. 2012. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/2320/1/DOC%20VCM%20367.pdf>

PICHETH, Sara Fernandes. Lógicas institucionais e estruturas discursiva: um estudo do maternati-grupo de gestante e mães. Dissertação de Mestrado, 2016.

PICHETH, Sara Fernandes; CRUBELLATE, João Marcelo; VERDU, Fabiane Cortez. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, p. 1063-1082, 2018.

PICHETH, Sara Fernandes; CRUBELLATE, João Marcelo; VERDU, Fabiane Cortez. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1063-1082, 2018.

Portal CFM. Juiz determina suspensão de artigos da Resolução CFM nº 2232/2019. Publicado em: 21/08/2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/juiz-determina-suspensao-de-artigos-da-resolucao-cfm-no-2232-2019/#:~:text=A%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20CFM%20n%C2%BA%202232,pelo%20m%C3%A9dico%20em%20tratamentos%20eletivos>. Acesso em 17/07/2022.

PORTAL G1. Anestesista é preso em flagrante por estupro de uma paciente que passava por cesárea no RJ. Rio de Janeiro: 11/07/2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/07/11/anestesista-e-preso->

[em-flagrante-por-estupro-de-paciente-no-hospital-da-mulher-no-rj.ghtml](#).

Último acesso em 16/07/2022.

PORTAL MEMÓRIA BRASILEIRA. O médico Moisés Paciornik defendia o “parto de cócoras”. Disponível em: <https://jws.com.br/2020/06/o-medico-mois-es-paciornik-defendia-o-parto-de-cocoras/>. Último acesso em: 06/07/2022.

PORTAL ODS. Indicadores. ODS 03 – Saúde e Bem estar. **Mortalidade materna**. Disponível em: <http://rd.portalods.com.br/relatorios/12/saude-e-bem-estar/BRA004041095/curitiba---pr> . Último acesso em 29/07/19.

PORTER, Michael E. Competição: estratégias competitivas essenciais. Gulf Professional Publishing, 1999. SENADO. CPMI da Violência contra a Mulher. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

RAO, Hayagreeva; MORRILL, Calvin; ZALD, Mayer N. Power plays: How social movements and collective action create new organizational forms. **Research in organizational behavior**, v. 22, p. 237-281, 2000.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa—A rede pela humanização do parto e nascimento. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010.

ReHuNa – Carta de Campinas. In: Rattner, D.; Trench, B. Humanizando Nascimentos e Partos. São Paulo: Editora Senac, 2005

ReHuNa – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Brasília: s.d. Disponível em: <https://rehuna.org.br/>.

REVISTA VEJA. **Cesárea humanizada: cortina transparente permite que mães assistam parto**. São Paulo, 24 jun. 2019. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/cesarea-humanizada-cortina-transparente-permite-que-maes-assistam-parto/> . Último acesso em: 16/08/2019.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprodução & Climatério*, v. 32, n. 2, p. 78-84, 2017.

SALLES-DJELIC, Marie-Laure. From Local Legislation to Global Structuring Frame. *Global Social Policy*, v. 5, n. 1, p. 55-76, 2005.

SCHWARCZ, Ricardo Leopoldo et al. Historia clínica perinatal simplificada. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; **95 (2)**, ago. 1983, 1983.

SCOTT, R.W. *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SCOTT, W. R. *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*. **Sage Publications**, 2013.

SCOTT, W. Richard et al. Institutional theory: Contributing to a theoretical research program. *Great minds in management: The process of theory development*, v. 37, n. 2, p. 460-484, 2005.

SCOTT, W. Richard et al. Institutional theory: Contributing to a theoretical research program. *Great minds in management: The process of theory development*, v. 37, n. 2, p. 460-484, 2005.

SCOTT, W. Richard. Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization studies*, v. 29, n. 2, p. 219-238, 2008.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, mar. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 jan. 2020. Epub 03-Nov-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

SENADO. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

Disponível em:
<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> Último acesso em: 02/08/2019.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 253-256, 2021.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL – TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, ago. 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/INPS.pdf> . Acesso em: 15/07/2022.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

THORNTON, P. H.; OCASIO, W. Institutional logics and the historical contingency of power in organizations: Executive succession in the higher education publishing industry, 1958–1990. **American journal of Sociology**, v. 105, n. 3, p. 801-843, 1999.

THORNTON, Patricia H. The rise of the corporation in a craft industry: Conflict and conformity in institutional logics. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 81-101, 2002.

TINA DACIN, M.; GOODSTEIN, Jerry; RICHARD SCOTT, W. Institutional theory and institutional change: Introduction to the special research forum. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 45-56, 2002.

TOLBERT, Pamela S.; ZUCKER, Lynne G. Institutional sources of change in the formal structure of organizations: The diffusion of civil service reform, 1880-1935. **Administrative science quarterly**, p. 22-39, 1983.

TORNQUIST, C. S. *et al.* **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004.

TRACEY, Paul; PHILLIPS, Nelson; JARVIS, Owen. Bridging institutional entrepreneurship and the creation of new organizational forms: A multilevel model. **Organization science**, v. 22, n. 1, p. 60-80, 2011.

ULLMAN, Dana. **Discovering Homeopathy**. North Atlantic Books, 1991.

VAN DIJK, Teun A. Ideology and discourse analysis. **Journal of political ideologies**, v. 11, n. 2, p. 115-140, 2006.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health - **Observatory data repositior. Births by caesarean section** - Data by country. 2018. Disponível em:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>.

Último acesso em 22/07/19.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> . Último acesso em 30/07/19.

WILLMOTT, Hugh. Why institutional theory cannot be critical. **Journal of Management Inquiry**, v. 24, n. 1, p. 105-111, 2015.

WOLFF, Leila Regina; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004.

ZAJAK, Sabrina. Transnational studies and governance. In: Dobusch, Leonhard; Mader, Philip; Quack, Sigrid (Ed.). *Governance across borders: transnational fields and transversal themes*. Berlin: Epubli. 2013.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Atores/Agentes Institucionais

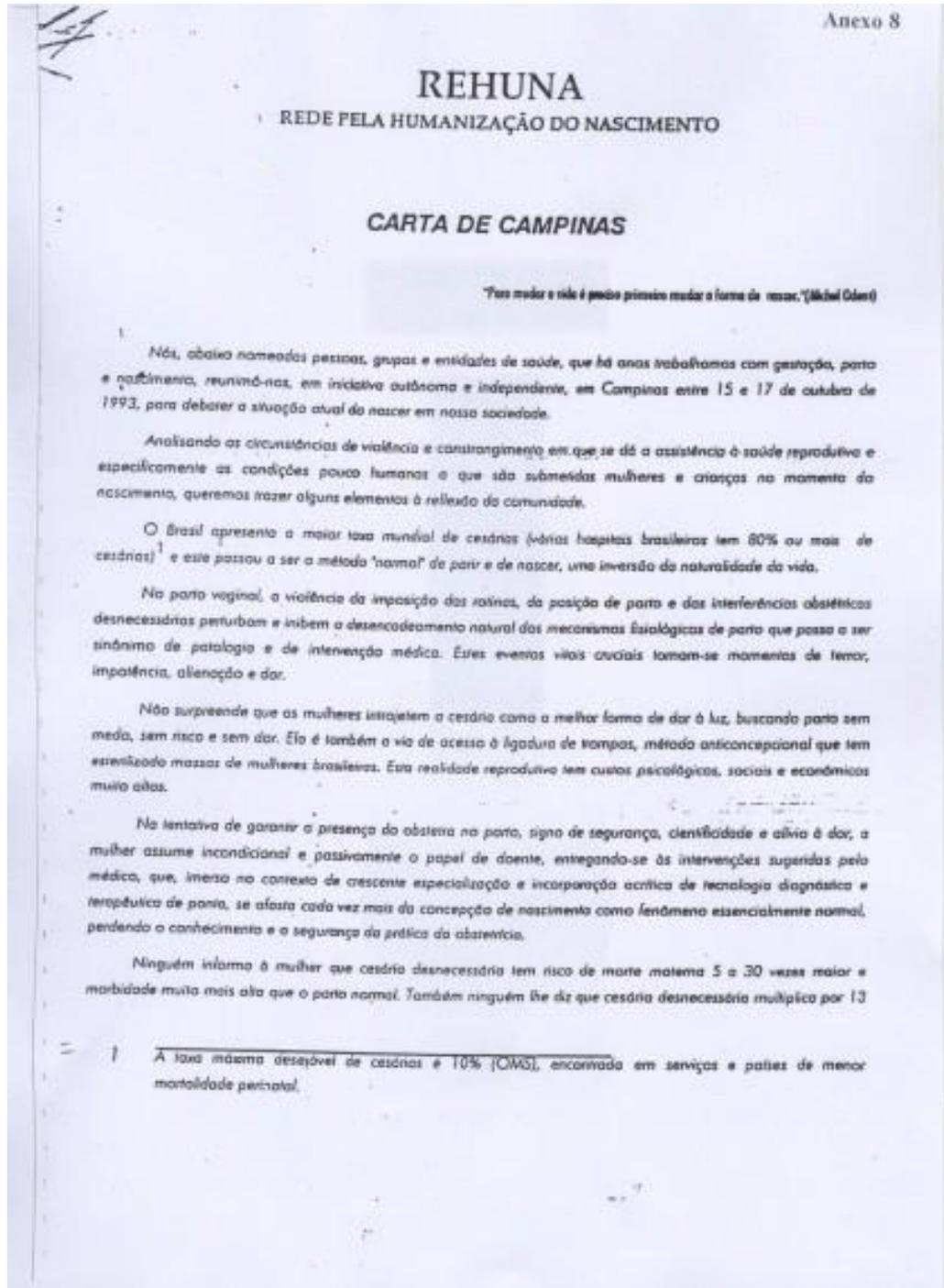
Nome:
Gênero:
Idade:
Profissão:
Local (ais) de trabalho:
Cidade (s) de atuação:

1. Como e quando foi o início da sua atuação na assistência obstétrica?
2. Como e quando foi o início da sua atuação na humanização? O que te motivou a princípio? Teve momentos de fraqueza ou de querer desistir? Me conte sobre a sua jornada?
3. Qual foi a influência da sua formação acadêmica na sua atuação enquanto profissional da assistência ao parto e na humanização?
4. Como os elementos regulatórios (leis, diretrizes, regulamentos institucionais) influenciam nas suas práticas? (Contra ou favor? Como?)
5. Quais influências culturais mais interagem com a sua atuação no movimento da humanização?
6. Quem foram seus principais exemplos de conduta e aprendizado na humanização?
7. Como você enxergava a cooperação entre a teoria (*guidelines*, artigos, cursos, especializações) e a prática (práticas diárias, rotinas, procedimentos padrões) nesse campo?
8. Quais foram os principais focos de resistência à humanização que você presenciou ou presencia até hoje?
9. Quais foram as práticas relacionadas a humanização que você foi adotando e colocando em prática? Como eram aceitos (ou não) pelos colegas de trabalho?

10. Quais foram as principais alianças que você fez parte durante a sua trajetória?
Como influenciaram na sua profissão e ativismo?
11. Quais foram suas principais fontes de estudos?
12. Como você avalia a sua participação como disseminador de informações (na academia, artigos, palestras, grupos) e o seu alcance?
13. Quais foram ou são as suas associações a instituições de renome, mas que se posicionam no campo hegemônico (parto tecnocrático)?
14. A falta de recursos (tempo, financeiros, profissionais, institucionais, físicos etc) eram ou são obstáculos à suas práticas na humanização?
15. Gostaria que você falasse sobre como o seu posicionamento no campo da assistência obstétrica foi ou é validado, legitimado e aceito entre outros envolvidos institucionalmente.
16. Na sua visão, qual é o seu papel dentro do movimento? E fora dele?
17. Na sua opinião, o que falta para melhorar a assistência humanizada no Brasil?
18. Como suas práticas foram recebidas pelas equipes de trabalho? Quais tiveram maior dificuldades para serem aceitas? Por quais grupos?
19. Quais foram os grupos de maior cooperação na sua atuação no movimento? E os de maior resistência?
20. Você viu suas práticas ou informações serem adotadas por colegas de trabalho? Como foi?
21. Qual estratégia você buscou para inserir as práticas, ideias e recomendações para uma assistência humanizada no seu campo de atuação?
22. Sobre o modelo de assistência hegemônico (tecnocrático): Você avalia que ele se encontra ainda em estabilidade ou em crise com a atuação do movimento de humanização?

9. ANEXOS

ANEXO A – Carta de Campinas



a mortalidade perinatal. Ninguém infante ainda que o parto é a sua maneira para fazer a liberdade, expanda a mulher o nasc e opendimentos futuros.

Avanços e mudanças socio-culturais atuais vem fazendo com que as mulheres, estimuladas pelo debate que se dá no movimento feminista, comecem a paulatinamente tomar consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito face às questões da saúde reprodutiva e especialmente no momento do nascimento e a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina.

O questionamento da persistência de tabus sexuais, repressão da sexualidade e situação subalterna da mulher na sociedade implica também na crítica da modelo social e econômico no qual tempo é dinheiro e o parto vem sendo crescentemente realizado como uma linha de montagem, violentando o tempo e o ritmo natural de mãe e filho.

Face a esta situação, a REHUNA, Rede de Humanização do Nascimento, ora criada, pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde, para:

- mostrar as riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural único com profundos e amplos significados pessoais;
- revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
- incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprometido a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.

Estes objetivos vem sendo buscados na prática diária de pessoas, instituições, grupos e entidades preocupados e atentos à melhoria da qualidade de vida, bem estar e bem nascer, aliados no luta por uma vida mais humana, digna e saudável.

Acredita-se que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre os quais lembramos:

- ◆ implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;
- ◆ divulgação e adesão às recomendações da OMS na Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento (22-28 abril 1985, Fortaleza, Brasil) - anexa;
- ◆ trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade e nascimento voltado a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal;
- ◆ apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupos de partos tradicionais, doulas e ONGs.

Substrevem o presente documento as abaixo mencionadas pessoas, grupos e entidades:

- ANNA VOLOCHKO
NISMEC, INSTITUTO DE SAUDE
MCCS- MULHER, CRIANCA, CIDADANIA, SAUDE
- DEBORA CRISTINA JUNQUEIRA DE ANDRADE
CAISM - UNICAMP
- FATIMA SANTA ROSA
CAISM UNICAMP
- GERALDA MARGARIDA DOS SANTOS
MATERNIDADE ODETE VALADARES
- HUGO SABATINO
CAISM UNICAMP
- JACIRA CURADO BARBOSA
MATERNIDADE ODETE VALADARES
- LUISA MARTINS CARMEIRO
NÚCLEO DE SAÚDE DA MULHER
HOSPITAL SAO PIO X
- LUCIA CALDEIRO DE SABATINO
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- LUCIA MARIA Pires DA SILVA
CASA DO PARTO "NOVE LUASILIA NOVA"
- MARIA ESTER VILELA
NÚCLEO DE SAÚDE DA MULHER
HOSPITAL SAO PIO X
- MARIA SILVA SETUBAL
CAISM - UNICAMP
- MELODIE RAZLER VENTURI
COLETIVO SEXUALIDADE E SAUDE
- PAOLA FRISOLI
NÚCLEO DE SAÚDE DA MULHER
HOSPITAL SAO PIO X
- REGINA CELIA SARMENTO
CAISM - UNICAMP
- SILVIA NOGUEIRA
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- SUELY CARVALHO
C.A.T.S. DO PARTO
- VERONICA GOMES ALENCAR
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
- CECILIA DE OLIVEIRA LOLLATO LOPES
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- DJIANIRA REIRO
- GABRIELA EDITH GOMES
HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL (CAISM UNICAMP)
- HELENA MARIA CARMO SCHUCH
CIEP/ CENTRO INTEGRADO DE ESTUDOS E
PESQUISA DO HOMEM
- ISABEL REGIS
DEPTO PSICOLOGIA UMY. FED. STA CATARINA
- LISSANDRA ROCHA PORTO
CAISM - UNICAMP
- LUISA PAIVIRA
- LUCIA MARIA Pires DA SILVA
CASA DO PARTO "NOVE LUASILIA NOVA"
- MARIA DE LOURDES TEDEIRA - FADINHA
INSTITUTO AURORA DE YOGA E TERAPIA
- MARIA LUIZA NICOLETTI MARQUES - MALU
FCM - UNICAMP
- MARISA RODRIGUES
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- MIRIAN FAURY
PUCCAMP / SDS ACAO-MULHER-FAMILIA
- ~~TRALEYSSANA~~
- ~~GRUPO CURUMIM~~
- SILVIA BONFIM
MATERNIDADE ASSIS CHATEAUBRIANT
- SOLANGE DACACH
REDEH - REDE DE DEFESA DA ESPECIE HUMANA
- VANIA DE FREITAS MACIEL
CASA DO PARTO "NOVE LUASILIA NOVA"
- WILLIAM ALEXANDRE OLIVEIRA
CAISM - UNICAMP

ANEXO B – Ficha de inscrição do Prêmio Galba de Araújo

Galba de Araújo: um exemplo de atenção

O Dr. José Galba de Araújo nasceu em Sobral, no Ceará, em 31 de março de 1917. Porém, sua graduação em Medicina ocorreu na Universidade Federal da Bahia, onde se formou em 1941 e foi fazer pós-graduação em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade de Chicago, Estados Unidos.

Retornando ao Brasil em 1945, o Dr. Galba tornou-se um dos mais conceituados obstetras de Fortaleza, sempre trabalhando dentro da realidade brasileira. Como poucos, ele entendeu que o Brasil não poderia copiar programas de outros países. É preciso oferecer um tratamento diferenciado às nossas gestantes, de acordo com as peculiaridades de cada região. O Dr. Galba foi um defensor incansável do parto natural e fez muito para melhorar a qualidade do parto domiciliar e a identificação das gestantes de alto risco. Assim, apostou na simplicidade e no respeito aos costumes da população, tão



corrente de assistência básica. Percebendo a importância do trabalho das parturisas nessas comunidades e o quanto elas eram respeitadas, Galba de Araújo passou a orientar essas mulheres ensinando, inclusive, procedimentos básicos, como usar tesoura e murchalite para cortar e tratar o cordão umbilical.

Um trabalho envolvente, buscando a participação da comunidade, unido conhecimento médico ao conhecimento do povo, educando e provando que ações simples e atenção adequada podem fazer muito pela saúde da gestante. Esse é o grande legado que o Dr. Galba de Araújo nos deixou. Um exemplo de respeito e atenção à gestante no pré-natal, de procedimentos que podem fazer a diferença na hora do parto. É esse exemplo que deve inspirar médicos de todo o Brasil na hora de atender a seus pacientes, e que originou o Prêmio Galba de Araújo, o reconhecimento a quem valoriza o parto humanizado.

III Prêmio Galba de Araújo



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

Assistência humanizada ao parto
Pequenas iniciativas podem fazer grande diferença.

Parto Humanizado. Os direitos da mulher

- 1 - Presença do acompanhante ou alguém da família para acompanhar o parto, dando segurança e apoio.
- 2 - Receber orientações, passo a passo, sobre o parto e os procedimentos que serão adotados, com a mulher e o bebê. A mulher bem informada faz melhor a sua parte, ajuda mais
- 3 - Receber líquidos (água, suco), pois o trabalho de parto pode durar até 12 horas.
- 4 - Liberdade de movimentos durante o trabalho de parto. A mulher pode caminhar sem restrições.
- 5 - Escolha da posição mais confortável para o parto.
- 6 - Relaxamento para aliviar a dor. Pode ser massagem, banho morno ou qualquer forma de relaxamento conveniente para a mulher.

Parto Humanizado. Os direitos da mulher

- 7 - Parto seguro, sem muitos procedimentos que podem até atrapalhar em vez de ajudar. É importante verificar sempre as contrações e auscultar o coração do bebê.
- 8 - Contato imediato com o bebê logo que nascer. Muito importante para mãe e filho.
- 9 - Alojamento conjunto, para que o bebê fique o tempo todo perto da mãe, recebendo seu carinho e atenção.
- 10 - Respeito. A mulher deve ser respeitada, chamada pelo nome, ter privacidade, ser atendida em suas necessidades.

Premio Galba de Araújo



Criado em 1999 pelo Ministério da Saúde, o Prêmio Galba de Araújo reconhece e premia as unidades de saúde integradas à rede SUS que desenvolvem e se destacam na humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno.

“Hoje, damos a seguinte orientação: só fazer as intervenções estritamente necessárias, desestimular o manuseio, respeitar a dignidade da mulher e tornar o parto mais humano.”

Galba de Araújo

Saiba como participar

- Todas as unidades, públicas ou privadas, ligadas à rede SUS que ainda não tenham recebido anteriormente o Prêmio Galba de Araújo podem participar.
- Serão escolhidas até 5 instituições em todo o Brasil.
- Cada instituição escolhida receberá um certificado, uma placa comemorativa e um prêmio em dinheiro no valor de R\$ 30 mil para incrementar as ações em favor do parto humanizado.
- Para participar, preencha e envie a ficha de inscrição para a Secretaria de Saúde do seu Estado. Não esqueça de anexar os documentos pedidos na ficha de inscrição.
- Disque-Saúde: 0800 61 1997.

III Prêmio Galba de Araújo

Ficha de Inscrição

Nome da Instituição: _____

Endereço: _____

CGC: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Natureza Jurídica: _____

() Federal () Estadual () Municipal () Privado () Filantrópico

Anexe a esta ficha de inscrição as seguintes informações e documentos:

- Rotinas de funcionamento de sua instituição que respeitem a autonomia das mulheres e visem à humanização do atendimento.
- Inovações realizadas na sua instituição para um atendimento mais humanizado à mulher e à criança.
- Rotinas e práticas adotadas para evitar procedimentos técnicos invasivos.
- Critérios de organização de serviços:
 - Equipe técnica disponível (categoria profissional e período);
 - Disponibilidade de analgesia de parto e/ou outros métodos para alívio de dor.

ATENÇÃO AO PRAZO!
As inscrições para o III Prêmio Galba de Araújo vão somente até 14 de junho, na Secretaria Estadual de Saúde.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013,

CONSIDERANDO que a Constituição Federal (CF) elegeu a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República;

CONSIDERANDO o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), em especial o inciso I do § 3º do art. 146, que exclui a tipicidade da conduta nos casos de intervenção médica sem o consentimento do paciente, se justificada por iminente perigo de morte;

CONSIDERANDO o disposto no Código Civil (Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002) em relação à capacidade civil, à autonomia do paciente e ao abuso de direito;

CONSIDERANDO o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990);

CONSIDERANDO que a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, assegura direitos e proteção a pessoas com transtorno mental e autoriza sua internação e tratamento involuntários ou compulsórios;

CONSIDERANDO o normatizado pelo Código de Ética Médica em relação aos direitos e deveres dos médicos e a autonomia dos pacientes;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.995/2012, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo a eles zelar e trabalhar, com todos os meios a seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina, pelo prestígio e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente; e

CONSIDERANDO o decidido na sessão plenária de 17 de julho de 2019, resolve:

Art. 1º A recusa terapêutica é, nos termos da legislação vigente e na forma desta Resolução, um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão.

Art. 2º É assegurado ao paciente maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente, no momento da decisão, o direito de recusa à terapêutica proposta em tratamento eletivo, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo único. O médico, diante da recusa terapêutica do paciente, pode propor outro tratamento quando disponível.

Art. 3º Em situações de risco relevante à saúde, o médico não deve aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros.

Art. 4º Em caso de discordância insuperável entre o médico e o representante legal, assistente legal ou familiares do paciente menor ou incapaz quanto à terapêutica proposta, o médico deve comunicar o fato às autoridades competentes (Ministério Público, Polícia, Conselho Tutelar etc.), visando o melhor interesse do paciente.

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I - A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.

II - A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto.

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto.

Art. 7º É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente.

Art. 8º Objeção de consciência é o direito do médico de se abster do atendimento diante da recusa terapêutica do paciente, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

Art. 9º A interrupção da relação do médico com o paciente por objeção de consciência impõe ao médico o dever de comunicar o fato ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, visando garantir a continuidade da assistência por outro médico, dentro de suas competências.

Parágrafo único. Em caso de assistência prestada em consultório, fora de estabelecimento de saúde, o médico deve registrar no prontuário a interrupção da relação com o paciente por objeção de consciência, dando ciência a ele, por escrito, e podendo, a seu critério, comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente.

Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.

Art. 12. A recusa terapêutica regulamentada nesta Resolução deve ser prestada, preferencialmente, por escrito e perante duas testemunhas quando a falta do tratamento recusado expuser o paciente a perigo de morte.

Parágrafo único. São admitidos outros meios de registro da recusa terapêutica quando o paciente não puder prestá-la por escrito, desde que o meio empregado, incluindo tecnologia com áudio e vídeo, permita sua preservação e inserção no respectivo prontuário.

Art. 13. Não tipifica infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica prestada na forma prevista nesta Resolução.

Art. 14. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.021/1980, publicada no D.O.U. de 22 de outubro de 1980, seção I, parte II.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente do Conselho

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral