

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 38 / 2022 - e22309 / Rezende, C. / www.sexualidadsaludysociedad.org

DOSSIÊ

—

Políticas de salud, confianza y afecto en las narrativas de parto

Claudia Barcellos Rezende¹

> cbrezende65@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0297-1540

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Copyright © 2022 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22309.a.es>

Resumen: El Programa de Humanización del Pré-Natal y del Nacimiento (PHPN) fue instituido por el Ministerio de Salud de Brasil en el año 2000, con el propósito de asegurar el respeto hacia las mujeres y hacia los bebés y reducir las prácticas intervencionistas innecesarias. Sin embargo, en los relatos de partos con mujeres usuarias del sistema privado de salud en Río de Janeiro, recopilados en 2016, se mencionaron poco las directrices de este programa. La preocupación por encontrar un médico que realice el parto normal y respete los deseos de la paciente está presente, pero el desarrollo del parto se entiende como la confirmación o no de una relación personalizada de confianza entre el médico y la paciente, y no como un conjunto de derechos que las gestantes en trabajo de parto tienen y que los obstetras deben observar. Analizo entonces cómo este entendimiento se manifiesta a través de las categorías emocionales utilizadas en las narraciones.

Palabras-clave: parto; confianza; políticas de salud, relación médico-paciente.

Health policies, trust and affect in birth narratives

Abstract: The Prenatal and Birth Humanization Program was instituted by the Brazilian Health Ministry in 2000, aiming at ensuring respectful attention to women and babies and diminishing the use of unnecessary medical interventions. However, among women who had private health plans in Rio de Janeiro and who were interviewed in 2016, there were few mentions to this program's guidelines. They attempted to find obstetrician who perform normal births and respect women's wishes, but they understood the development of birth as confirming or not a personalized trust relationship between doctor and patient, rather than resulting from rights that should be observed. Thus, I analyze how this understanding is revealed through the emotion categories used in the birth narratives.

Keywords: birth; trust; health policies; doctor-patient relations.

Políticas de saúde, confiança e afeto nas narrativas de parto

Resumo: O Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde no Brasil em 2000, com o propósito de assegurar o respeito à mulher e ao bebê e diminuir práticas intervencionistas desnecessárias. No entanto, em narrativas de parto com mulheres usuárias do sistema privado de saúde no Rio de Janeiro, coletadas em 2016, houve pouca menção às diretrizes deste programa. A preocupação em encontrar um médico que realize parto normal e respeite as vontades da paciente está presente, mas o desenrolar do parto é entendido como confirmando ou não uma relação pessoalizada de confiança entre médico e paciente, e não como um conjunto de direitos que as parturientes têm e que os obstetras devem observar. Analiso então como este entendimento se manifesta através das categorias emotivas usadas nas narrativas.

Palavras-chave: parto; confiança; políticas de saúde, relação médico-paciente.

Políticas de salud, confianza y afecto en las narrativas de parto

En su estudio sobre las personas afectadas por las políticas de salud en torno a la hanseníase, Claudia Fonseca (2018) explora los diferentes sentimientos presentes en los relatos de dolor. El Movimiento para la Reintegración de las Personas Afectadas por la hanseníase revisó la segregación de los pacientes impuesta por las políticas públicas en el pasado como una violación de los derechos fundamentales. En este contexto, el sufrimiento se manifiesta muchas veces como una performance para persuadir a la opinión pública y a los políticos en búsqueda de una reparación. En la cotidianidad, sin embargo, Fonseca señala cómo este mismo pasado se revisita por personas con tonos más variados, lo cual muestra, para sus interlocutores, experiencias de vida multifacéticas y espacios de maniobra y agencia. Así, el sentimiento y la política se articulan de forma variada según el contexto.

En las experiencias de parto, el sufrimiento también fue un sentimiento movilizador políticamente, como lo analiza Mariana Pulhez (2013). A través de marchas, relatos en comunidades virtuales y películas emitidas en 2012, las mujeres cuentan sus historias de partos sufridos y traumáticos, como forma de vocalizar la “violencia obstétrica” y de construirse como “víctimas”. Consideran violentos los procedimientos realizados de forma rutinaria y sobre todo “en contra de su voluntad”, incluso después de la formulación del Programa de Humanización del Prenatal y del Nacimiento (PHPN) por el Ministerio de Salud de Brasil en 2000, que busca asegurar el respeto a la mujer y al bebé y disminuir las prácticas intervencionistas innecesarias. Está en cuestión en estas denuncias no sólo “un movimiento que busca cambiar la visión del mundo sobre lo que es constitutivo de un parto” (2013: 558), sino también lo que se entiende por “parto humanizado” y su efectiva implementación como política pública.

Si ambas autoras discuten los sentimientos y experiencias de las políticas públicas de salud, lo hacen principalmente desde el punto de vista de las personas comprometidas con los movimientos sociales, que tienen en la expresión del sufrimiento y la victimización una importante herramienta política. En este artículo, sigo un camino diverso y abordo cómo las mujeres no activistas vivencian las políticas de humanización del parto en el sistema de salud privado de Río de Janeiro, a través de sus narrativas sobre el nacimiento de sus hijos. En ellas, el sufrimiento da lugar a diversas emociones –desde el odio hasta el afecto y el cariño– que contribu-

yen a entender las dinámicas presentes en el parto. En estas historias, el desarrollo del parto no parece apoyarse en un conjunto de derechos que tienen las gestantes en trabajo de parto y que los obstetras deben respetar. Lo que está en juego en este proceso es una relación personalizada de confianza entre el médico y la paciente, que puede mantenerse o no en el parto.

Aunque la salud suplementaria brasileña esté regulada desde el año 2000 y las directrices que integran la PHPN también cubren los partos en la salud privada, la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) sólo controla a los operadores de seguros de salud, que a su vez deben supervisar a los hospitales y a los profesionales de la salud. Las historias de parto que se analizan aquí sugieren que las políticas de humanización del parto no son determinantes en la atención privada, lo que deja su cumplimiento a criterio de cada obstetra. Como argumento, los relatos apuntan a la importancia de la confianza y el nivel afectivo de la relación médico-paciente como elementos importantes para que el parto se desarrolle según lo previsto.

Las narrativas de parto que examino se producen en entrevistas con mujeres blancas heterosexuales de clase media en Río de Janeiro¹. Hablé con nueve mujeres con edades entre 37 y 47 años, todas casadas, que tuvieron por lo menos uno de sus partos después de 2010. Tienen formación universitaria y son profesionales liberales o servidoras públicas. De estas mujeres, algunas tuvieron partos normales, otras tuvieron cesáreas, pero todas desearon y planearon sus embarazos. Estos relatos forman parte de una investigación comparativa que también incluye las historias de parto de siete mujeres del mismo segmento social con edades comprendidas entre los 60 y los 70 años, que tuvieron hijos en los años 70 y 80, cuando empezaron a aparecer los grupos de preparación al parto. Todas ellas son usuarias del sistema privado de salud en Brasil.

En este artículo, mi análisis se dedica a las narrativas de las mujeres más jóvenes porque son las que tuvieron partos tras la creación del Programa PHPN. Sin embargo, en algunos momentos recorro a las historias de mujeres mayores como contrapunto a ciertas cuestiones. Realicé todas las entrevistas en los sitios más convenientes para ellas, muchas veces con sus hijos pequeños presentes. La diferencia entre los lugares del encuentro no alteró el detalle de los relatos. Al firmar el formulario de consentimiento libre, estas mujeres recibieron una breve introducción a los objetivos de la investigación que se convirtió en un contexto para sus declaraciones. Situación que afectan a la manera en la que se recuerda una experiencia pasada (Halbwachs 1990; Bruner 1986), de modo que estas narrativas

¹ Los datos aquí analizados resultan de los proyectos de investigación “Historias de parto: persona y parentesco” y “El parto narrado: cuerpo, subjetividad y relacionalidad”, apoyados por el Programa Pro-Ciencia de la UERJ y por el CNPq a través de una Beca de Productividad.

se diferencian de los eventos del parto en sí. Por fin, varias de estas mujeres eran de mi red social y sabían que yo también soy madre. Destaco, pues, que las narrativas analizadas en este artículo se produjeron en una relación intersubjetiva específica, en un momento y lugar particulares.

Las políticas de asistencia al parto en Brasil

La historia reciente del parto en Brasil es un ejemplo de medicalización en los términos de Foucault (2012): un régimen de prácticas y saberes tomados como verdad por los profesionales de la salud, que se consideran como sus autoridades legítimas. A lo largo del siglo XX, el embarazo y el parto en Brasil se convirtieron en eventos médicos, que debían ser conducidos por profesionales de la salud en los hospitales (Rohden 2001). La medicalización del embarazo y del parto implicó no sólo la supervisión por un médico obstetra, generalmente hombre, sino también la referencia a parámetros de normalidad y patología, verificados a través de consultas y exámenes regulares prenatales. Además, el parto hospitalario posibilitó el uso de tecnologías e intervenciones quirúrgicas, lo que permitió un mayor control por parte de los médicos del cuerpo femenino en nombre de criterios como la seguridad y la eficiencia (Davis-Floyd 1993; Chazan 2007).

A pesar de la legitimidad de estas prácticas, encontramos, a partir de la década de 90, iniciativas aisladas de cambio en los partos provenientes de un grupo de profesionales de la salud. Críticos por el exceso de intervenciones y las elevadas tasas de cesáreas, que llegaron al 80% en la salud privada cuando la OMS recomienda entre el 10 y el 15%² presionaron al Ministerio de la Salud que, en 1998, adopta una serie de medidas para cambiar este escenario, entre ellas el aumento de la remuneración de los partos vaginales (Rattner 2009). El municipio de Río de Janeiro instituyó en esa época el derecho a un acompañante elegido por la mujer durante el parto en los hospitales municipales, lo que se convertiría en ley nacional en 2005.

El movimiento de crítica a las prácticas de parto vigentes también se impulsó por los grupos de mujeres activistas. A finales de la década de 1990, Carmem Diniz señala que estas comunidades presenciales y virtuales³ se crearon en su mayoría

² https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=692F9537120D83594407D12BA81F9877?sequence=3

³ Entre ellas, Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas.

“por consumidoras organizadas de clase media, una novedad política de enorme potencial de cambio” (2005: 631). Emerge aquí otra dimensión de la medicalización discutida por Rabinow y Rose (2006): el discurso medicalizado también se moviliza por los sujetos, que reivindican sus derechos a la salud y a la vida. La medicalización implica, por tanto, un modo de subjetivación que induce a los sujetos a actuar sobre sí mismos.

Sólo en el año 2000 se estableció a nivel federal la propuesta de humanización del parto y nacimiento como política pública de salud. El Programa de Humanización del Pré-Natal y del Nacimiento (PHPN) se basa, según destaca Rattner (2009), en la búsqueda de la equidad en la asistencia a todas las mujeres en la atención prenatal y el puerperio. Además, fomentó la creación de centros de parto normal en el Sistema Único de Salud (SUS), financió cursos de formación para enfermeras obstétricas, publicó normas técnicas sobre partos normales y de alto riesgo, así como la Agenda de la Gestante y materiales institucionales sobre el parto y el nacimiento, entre otros. Con estas iniciativas, el Ministerio de Salud buscaba desincentivar las cesáreas innecesarias.

Las directrices del PHPN también se aplicaron al sector privado, especialmente para fomentar más partos vaginales. Según Rattner (2009), el enfoque en la reducción de la tasa de cesáreas era común a los dos sectores, aunque había una gran diferencia entre ellos a este respecto: 80% en la salud complementaria en contraste con 25-30% en los hospitales públicos. Sin embargo, como la ANS sólo controla a las operadoras, que a su vez operan en territorios variados, la regulación de este sector es compleja.

¿Cómo fue la implementación de estas políticas públicas de humanización del parto en los dos sectores de la salud? Manuela Velho et al (2019)⁴ abordan esta cuestión al analizar los modelos de asistencia obstétrica en la región sur de Brasil. En este estudio, los hospitales públicos se dividen entre ofrecer un modelo de lo que las autoras denominan buenas prácticas de parto –basadas en evidencias⁵, mayor proporción de trabajo de parto, presencia de un acompañante y contacto piel con piel entre la madre y el bebé– y otro visto como intervencionista –con poca presencia de los dos últimos indicadores aunque con una alta proporción de trabajo de parto-. En los hospitales privados predomina un segundo tipo de

⁴ Los datos analizados forman parte del estudio nacional sobre el parto y el nacimiento “Nacer no Brasil”, realizado por la Fiocruz, presentado en el sitio <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>.

⁵ La “medicina basada en evidencia”, defendida por los defensores del parto humanizado, busca contraponer las prácticas que se realizarían de forma rutinaria, revisadas con base en estudios científicos actualizados (Diniz 2005).

modelo intervencionista, con una alta tasa de cesáreas, aunque con presencia de acompañante. Esta división entre la red pública y la privada también sigue el perfil socioeconómico de las mujeres atendidas, con mujeres más escolarizadas y con mayor renta en el sector privado.

Velho et al (2019) señalan que el modelo de asistencia privada se organiza en torno a la figura del profesional médico. Así, existe una continuidad en la realización del prenatal con el mismo obstetra, a diferencia de los hospitales públicos, cuya atención se realiza por diferentes profesionales, médicos o enfermeras obstétricas. Esta relación continuada contribuye, según las autoras, a una relación de confianza en los obstetras, de modo que las pacientes confían en la información recibida. Igualmente presente en este modelo está la preferencia inicial de las mujeres por la cesárea, vista como una vía de parto más segura, una elección que no es deconstruida por los médicos, lo que también se señala en el estudio de Pires et al (2010)⁶. Por lo tanto, el uso más frecuente de intervenciones e incluso la realización de cesáreas son mejor aceptadas por las mujeres estudiadas por la investigación.

La atención prenatal, concluyen las autoras, tiene, por tanto, un impacto en la elección de la vía de parto y en el tipo de atención recibida, lo que no garantiza una asistencia obstétrica “humanizada”. Son las mujeres atendidas en los hospitales públicos aquellas que tienen más posibilidades de beneficiarse de las prácticas de humanización del parto. No sorprende que las mujeres con seguro médico y que no pueden pagar a un profesional privado adepto a esta ideología busquen los hospitales públicos para asegurarse un parto humanizado (Rattner 2009; Hughes 2018).

Así, la humanización del parto adquiere distintos sentidos, al empezar por la diferencia entre su implantación en los sectores públicos y privados de salud. Diniz (2005) destaca que estas variadas comprensiones dan lugar a disputas sobre la legitimidad del discurso. Entre los muchos significados señalados, están la humanización como cuestión de salud pública y como redimensionamiento de los papeles profesionales en la escena del parto, como respuesta a las reivindicaciones y a la defensa de los derechos de las mujeres y de los niños a un parto seguro y también como forma de participación de la gestante en trabajo de parto como consumidora en las decisiones sobre su salud y como derecho al alivio del dolor, especialmente para las pacientes del SUS que no recibían analgesia. Estos variados sentidos pueden entrar en conflicto, como, por ejemplo, el derecho de la mujer como consumidora a elegir su parto, como

⁶ Rattner (2009) señala el desafío de las asociaciones médicas, como el Consejo de Medicina de Río de Janeiro (CREMERJ). En 2004, la CREMERJ intentó impedir el funcionamiento de la Casa de Parto Normal de Realengo, operada por enfermeras obstétricas. En 2008, publicó un informe en el que considera éticas las cesáreas a pedido, lo cual está en conflicto con el Código de Ética Médica.

tener una cesárea, que puede depararse con la idea de humanización como forma de promover un parto seguro, entendido aquí como la vía vaginal.

La presencia de estas políticas de parto viene reforzando la visión de las mujeres como sujetos de derechos que deben tener el control sobre su cuerpo, argumenta Pulhez (2013). La realización de procedimientos criticados por el PHPN y, en particular, en contra los deseos de las mujeres, se convierte en una fuente de sufrimiento y de sentimiento de violación. La categoría “violencia obstétrica” no es sólo una forma de poner en discurso un trauma vivido, como mencioné al inicio del artículo, sino también de constituirse como sujeto de derechos, como afirma Pulhez. Hablar de estas experiencias en las comunidades virtuales contribuye a la denuncia de estos actos y produce una movilización política.

Por un lado, entonces, la creación de del PHPN resultó en la aproximación de un grupo de profesionales de la salud y de redes de mujeres en torno de la crítica a las prácticas de parto comunes hasta entonces – con intervenciones que no siempre eran necesarias, con poca participación en el proceso por parte de las gestantes en trabajo de parto, cuyos bebés se llevan a la sala de recién nacidos inmediatamente después del nacimiento. Por otro lado, su implantación todavía encuentra desafíos, no sólo por las diferencias de control de los sectores público y privado de salud, sino también por la actuación de muchos profesionales, especialmente los obstetras, que pueden ser cuestionados o incluso chocan con lo que esperan las gestantes en trabajo de parto, como muestro en los dos relatos a seguir.

Inés y las críticas a los médicos hombres

Conocí a Inês⁷ en un café, para hablar sobre el parto de su hija dos años antes. A los 47 años trabajaba como profesora de inglés y luego me dijo que el relato de su embarazo era una “gran historia”. Intentaba tener un hijo desde los 35 años, tuvo una sucesión de embarazos que no llegaron a término, por cuenta de abortos espontáneos. Hasta que, a los 45 años, volvió nuevamente a quedar embarazada y, con el acompañamiento de una doctora endocrinóloga –“maravillosa”– y el reposo, logró llegar a la 40a semana de embarazo, cuando entró en trabajo de parto. A su obstetra lo eligió porque es uno de los pocos que hacen parto normal y aceptan seguro de salud. “Incluso pensó que debido a que tenía un cuello uterino corto, el parto sería más rápido, pensó que [el parto normal] era aún

⁷ Se cambiaron los datos biográficos de las mujeres entrevistadas y de los profesionales mencionados para mantener su anonimato.

más adecuado. Ahora, me hizo una episiotomía innecesaria, que creo que la mentalidad de los médicos aún más, aún más, del médico hombre[...] porque también, yo creía lindo un parto domiciliario o un parto humanizado o un parto no sé que, si estuviera en condiciones... sí, si no estuviera en esta condición de mi última oportunidad por todo lo que pasé antes, ¿sabes? Si el médico trabaja de esta manera, hasta acá me atendió, no esa parte, pero todo bien, entonces vamos, ¿sabes? ¡Quiero un hijo en mis brazos! Entonces, esa era mi prioridad”. Tanto que la narración de su nacimiento fue muy corta, pues como ella dijo, no fue la mayor emoción de su vida. Estaba enfocada en hacer todo correcto y solo comenzó a disfrutarlo cuando nació el bebé, lloró y estaba bien. A lo largo de los años, comenta que sus experiencias con los médicos nunca fueron “muy positivas”, por la falta de tacto de ellos. Después de quedar embarazada, se unió a grupos virtuales de madres activistas a favor del parto normal. “El parto está demasiado medicalizado y, como todo en la sociedad, aún sigue en manos de los hombres. Y este no es el mundo de los hombres, incluso pueden tener una sensibilidad si se esfuerzan por desarrollar esa sensibilidad, la cuestión de la fisiología del parto, del cuerpo de la mujer... en fin, el parto se convirtió en una cosa para la comodidad del médico. Él pone a la mujer con las piernas abiertas para estar cómoda para él, ¿sabes? [...] Entonces creo que es un universo que tiene que volver a manos de las mujeres...”

La narrativa de Inês no se detuvo mucho en el parto, contada de manera muy sucinta y objetiva. Las diversas relaciones con médicos en sus embarazos anteriores fueron, a su vez, discutidas críticamente. Inês considera que hay falta de sensibilidad por parte de los médicos para tratar información delicada, como en los diversos diagnósticos que recibió para explicar sus abortos. En el caso del parto, critica que muchos obstetras sean hombres y tengan dificultad para lidiar con el cuerpo femenino, y prioricen su comodidad. No es de extrañar, el único adjetivo positivo en su historia se lo dio a la doctora endocrinóloga mujer.

Sin embargo, Inês separa su discurso crítico sobre los doctores y su participación en grupos activistas a favor del parto vaginal de lo que fue la experiencia del nacimiento de su hija. A pesar de pensar que le harían una cesárea por cuenta del embarazo de riesgo, se puso en trabajo de parto y su obstetra consideró que podía tener un parto vaginal. Acompañada por su doula y su pareja, sabía que podía negociar la episiotomía (corte del perineo) que no creía necesaria, pero prefería no interferir en las decisiones del obstetra. Según ella, en ese momento su foco durante el parto era hacer “todo correcto” –si era para “bailar”, “bailaba”– para que el bebé naciera bien. Por eso, en su narración, elaboró poco sobre su parto, que no fue la mayor emoción de su vida. Por su historia de pérdidas anteriores, lo que deseaba era un “hijo en los brazos” y minimizó, así, las intervenciones del obstetra de las cuales no estaba de acuerdo.

Confianza y odio en el primer parto

Adriana fue la única que utilizó la expresión violencia obstétrica para caracterizar su primer parto. Periodista de 37 años, dice que su ginecólogo desde los 18 años era una persona muy confiable, “una persona importante en mi vida”, y se mantuvo como su obstetra. Ella creía que era un “partero”. “Pero él era un partero que era así: era todo tradicional, Seu José, el pediatra indicado por su equipo, le hacía todos estos procedimientos de aseos y tal al bebé, le hacía un corte [...] No era un parto de la manera en la que eligiera, era un parto deitada, de aquella tradicional. Empecé a [cuestionar] esto del corte o no, incluso llegué a discutir con él pero vi que ese cambio no era posible, y como te dije yo ya estaba de 7 meses, dije “ah, yo No voy a hacer este cambio ahora, me voy a quedar con él” y siempre me decía que intentaríamos un normal”. A las 37 semanas, debido a una ecografía que planteó la posibilidad de sufrimiento fetal y un examen de toque, el obstetra defendió la realización de una cesárea. “Entonces programé para el día siguiente y me quitaron a mi hija Lia de mí, ¡y la cesárea fue un proceso que odié profundamente! Me sentí así... una cucaracha, una cosa muy pequeña, me sentí muy mal, al final de la cirugía tengo el recuerdo de no haber visto a mi hija [...] comencé a sentir una ansia, a sentirme mal [...] y mi hija llegar a mi habitación seis horas después de haberla parido. ¡Esto fue una angustia para mí, fue la peor espera de mi vida! Todo esto por un procedimiento del hospital en que los bebés van a la sala para recién nacidos y se quedan 6 horas. [...] Entonces me tomó realmente por sorpresa, yo no sabía nada de estos esquemas [...] Me hicieron una cesárea que hoy tengo mis serias dudas si necesitaba hacerla”. En el segundo embarazo, Adriana buscó a un médico conocido por su compromiso con las políticas de humanización del parto. Además, frecuentó a un grupo de embarazadas y leyó muchos libros y artículos. Aprendió “lo que podía exigirle a la maternidad”, las leyes que su marido podía mencionar en el hospital, como el derecho a tener un acompañante y optar por no poner nitrato de plata en los ojos del bebé y que ella fuera directo a la habitación. Luego tuvo un parto normal “maravilloso”, durante el cual el obstetra, siempre “muy respetuoso”, siempre le preguntaba qué posición prefería, si quería anestesia. Fue una experiencia tan “fascinante” que deseó tener un hijo más solo para volver a pasar por un parto así.

En el relato de Adriana encontramos la presencia acentuada de dos actores en las escenas del parto además de ella: su marido y el obstetra. Su marido la acompaña en el parto, es testigo del trato que recibe su primera hija después del parto y es una figura importante en el movimiento para garantizar sus derechos en su segundo embarazo. El papel del obstetra es desempeñado en cada embarazo por dos profesionales diferentes, debido a la primera experiencia tan odiada. El con-

traste entre ambos es llamativo. El primero es visto como una persona que engaña a Adriana, al mostrarse confiable y partidario del parto normal, pero realizar una cesárea que luego no pareció necesaria. La segunda es detallista y respetuosa, y siempre preguntalo que quiere.

Dos conjuntos de sentimientos se destacan en el relato de Adriana: la confianza y el respeto, en contraste con el odio y la angustia. La relación con el primer obstetra se describe inicialmente como muy importante y de mucha confianza, vínculo que se rompe en el primer parto cuando descubre que era “un partero tradicional”. El odio y la angustia también provienen del sentimiento de impotencia, porque no podía actuar para evitar el trato que recibía su bebé. Según la percepción de Adriana, se negó el derecho a quedarse con su bebé después del nacimiento. En el segundo parto, está el respeto del médico, mostrado a través de la escucha lo que quería Adriana. Los adjetivos “maravilloso” y “fascinante” califican su experiencia de parto. Así, los sentimientos de su narración se refieren en gran medida a sus relaciones con los profesionales de la salud.

El parto y la maternidad como proyectos

En las historias de mujeres jóvenes, la selección del obstetra es una cuestión importante, lo que refleja la cuidadosa elaboración de la maternidad como proyecto (Ortner 2007; Velho 1981). No más un papel naturalizado, la decisión de tener un hijo implicaba varias elecciones tomadas con el marido y, a veces, con la familia, y negociadas con los médicos. El embarazo se planeó por la pareja algunos años después de la relación, cuando las mujeres tenían más de treinta años y tenían ocupaciones y carreras profesionales establecidas. En los relatos, era común el uso de la primera persona del plural para hablar tanto del embarazo como del parto, en los que los maridos participaban activamente, lo que revela un modelo igualitario de conyugalidad que ya había tratado Tânia Salem (2007). La información de libros y sitios de internet, la frecuencia a grupos de embarazadas o el acompañamiento de doulas o enfermeras obstétricas aparecen como parte del proceso de preparación. Aunque pocos han hecho referencia a las políticas públicas para la humanización del parto, sus narrativas revelan familiaridad con el ideario y muestran cómo el planeamiento de algunos partos tuvo en cuenta las directrices del PHPN.

Mantener o cambiar de ginecólogos, todos del sector privado de la salud, fue el tema del inicio del embarazo, decisión tomada en gran parte por el tipo de parto deseado. A diferencia de las mujeres embarazadas que realizan el control prenatal en la salud pública, que generalmente no eligen al médico que las atenderá, el poder seleccionar un obstetra revela una agencia de proyecto, en términos de Ortner

(2007), inseparable de las condiciones sociales y económicas de estas mujeres. Hay entre ellas, una experiencia física y emocional del parto, que aparece en otros estudios (Carneiro 2015; Pulhez 2013; Russo et al 2019) y conduce al planeamiento y preparación de este evento. Por eso, algunas mujeres permanecieron con los profesionales que las atendieron antes del embarazo, pero solo una de ellas logró tener partos vaginales. Adriana y otras que tuvieron una cesárea en su primer embarazo cambiaron de profesionales en el embarazo siguiente, en busca de un parto vaginal. En general, se seleccionaron a los obstetras con base en las recomendaciones de familiares y amigos y, en muchos casos, de su reputación como expertos en parto vaginal humanizado. Inês fue una de las pocas que encontró médicos que aceptaban el seguro de salud y eran conocidos por hacer parto vaginal. Otros eligieron doctores activos en el movimiento de humanización del parto que, sin embargo, no aceptaban seguro médico, como era el segundo obstetra de Adriana.

La relación con los médicos es el eje central de las narraciones, que hablaron tanto del prenatal como de la evolución del parto y de los diversos diálogos con los profesionales de la salud en este momento. Los debates en torno al parto humanizado y sus derechos eran de todos conocidos, aunque solo Adriana se refirió a ellos explícitamente. Por ejemplo, la presencia de un acompañante era tácita, la participación de los maridos no fue objeto de ningún cuestionamiento. La posibilidad de negociar la realización de procedimientos también se ofreció, aunque la mayoría se sintió insegura sobre el respeto de los médicos por lo combinado. Los dos procedimientos más negociados fueron la realización de episiotomía, evitada por la mayoría, y el uso de analgesia, solicitada por unas y no por otras.

Además de médicos, entran en escena anestesiólogos, pediatras y profesionales del hospital, como enfermeras y camilleros. Las negociaciones con el primero aparecen menos en el relato, y se dirigen la decisión sobre la anestesia más al obstetra que al anestesiólogo. De manera más puntual, el pediatra forma parte del equipo de obstetras y es muchas veces es una figura de apoyo, pero también puede ser alguien que produzca la violencia sentida por Adriana. Aunque el hospital donde dieron a luz se eligió por todas, la interacción con enfermeros y camilleros muestra una negociación en torno a reglas vistas como innecesarias, como ir en la camilla a la sala de partos o tener que usar gorro y ropa durante las contracciones.

En general, todas las narrativas comentan cómo se dieron estas negociaciones, muchas exitosas, otras no tanto, como ya señalé en las historias de Inês y Adriana. Son estas combinaciones, así como las interacciones con los diversos profesionales en el momento del parto, las que se convierten en el foco de muchos de los sentimientos expresados. Las narrativas de parto de Gabriela y Milena, quienes tuvieron en uno de los embarazos a la misma obstetra adepta al parto humanizado, la Dra. Roberta, ilustran de forma clara el sentido de la relación con el médico, que

en cada historia gana contornos diferentes. Vemos que es esta relación –y no el nacimiento del bebé– la que explica la experiencia del parto en términos emocionales, lo que muestra a su vez algunos problemas con relación a su humanización.

Gabriela y la confianza rota

Hablé con Gabriela en su casa, con sus hijos que se mantenían entrando y saliendo de la habitación. Servidora de una empresa estatal, a los 38 años, contó su primer parto con muchos detalles, comenta lo diferente que fue del segundo. Fue un embarazo deseado, acompañado de una doula y un grupo de yoga conocido por hacer preparaciones para el parto vaginal. Pero, cerca del parto, su obstetra, que era “un amor”, “súper atenta”, tuvo que viajar y apareció la doctora sustituta, adepta al parto humanizado. Al inicio del trabajo de parto, la obstetra le preguntó si quería inducir o no, una vez que su bolsa le había rota, pero tenía poca dilatación. Gabriela pensó que lo mejor era usar oxitocina, para evitar una posible cesárea. Con la inducción, las contracciones se volvieron más dolorosas y comenzaron a venir a intervalos cortos. En medio de este proceso, Gabriela se quejó del hospital: “querían que me fuera en la camilla [a la habitación humanizada]. Dije “gente, puedo caminar”, porque cuando estaba en contracción, lo peor para mí era quedarme parada, acostada”. Gabriela sabía que, al ser su primer parto, pediría anestesia cuando tuviera mucho dolor. Después de doce horas en el hospital, dijo: “Oiga doctora, quiero anestesia, no puedo soportar”. Yo pensé que era muy malo porque ella no quería [...] yo no tenía un vínculo con ella, sabes, yo tenía un vínculo con el otro médico [...] en ese momento mi confianza con ella se rompió mucho, ya no me sentía firme de que podía contar con ella, sabes, y luego sé que, después de mucho insistir, llamó al anestesiólogo”. Mientras esperaba al profesional, pudo relajarse en la bañera con el apoyo de su doula y su marido. Pero con el cansancio y quizás por la analgesia, Gabriela tuvo dificultad para hacer fuerza al final. “Roberta me empezó a criticar, a decir que no lo estaba haciendo correctamente, y entonces me empecé a poner un poco rebelde, sabes (risas) [...] creo que me puse nerviosa, creo que todo el equipo se perdió, sabes...”. La obstetra incluso le preguntó, en ese momento, si quería hacerse una cesárea, a lo que ella aceptó. En el centro de cirugía tuvo que acostarse, pero se resistió y tuvieron que amarrar la pierna. La médica logró dar a luz al bebé por vía vaginal, pero tuvo que hacer una episiotomía y se disculpó por eso. Gabriela terminó diciendo que fue un parto muy dramático y difícil, tanto que no quería que su hijo escuchara nuestra conversación. Muy diferente al segundo parto, que fue “redondito” y se realizó con otro equipo, que trabajó con “mucho amor”, “mucho cariño y gentileza”.

Gabriela tuvo dos partos vaginales con profesionales que practicaban el parto humanizado. A pesar de la preocupación de ambos equipos por respetar siempre el derecho de Gabriela a tomar decisiones sobre su parto, al darle no solo voz sino también protagonismo, fueron experiencias muy distintas. En toda su narrativa, calificó a todos los profesionales que la acompañaron –médicos, doulas, enfermeras obstétricas, terapeutas– en términos afectivos. Gabriela dijo que, en el primer contacto con cada obstetra, “amaba” o “adoraba” a la persona, lo incluye al Dr. Roberta, inicialmente la describe como cariñosa y afectuosa. El amor y el cariño fueron afectos presentes en la segunda entrega, imprescindibles para su éxito.

En su relato reaparece la importancia del vínculo de confianza, aunque aquí su significado crece de su ruptura en el primer parto. Como la relación con la Dra. Roberta había sido establecida al final del embarazo, no había “vínculo” entre ellas, es decir, una historia vivida que permitiera anticipar comportamientos. El cuestionamiento de la doctora sobre el pedido de anestesia puso en jaque el cuento el equipo humanizado escucharía de hecho a Gabriela, sentimientos también vividos con las reglas del hospital. Además, se sintió criticada por “no hacer correctamente” lo que decía la doctora. Como Gabriela se puso nerviosa y se “rebeló”, el equipo se “perdió” y el parto casi se convierte en una cesárea, lo que se convirtió en una experiencia dramática.

Milena y la tranquilidad del equipo

Milena también era servidora pública, a los 38 años y tenía dos hijos. En el primer embarazo tenía mucho miedo del hospital y de la enfermedad, y prefirió programar una cesárea, de acuerdo con su obstetra. En el segundo embarazo quería tener la experiencia de un “parto normal”, porque para ella faltaba algo en su vivencia de maternidad. Leyó muchos libros y artículos en sitios de Internet y buscó una doctora que “apoya el parto humanizado”, la Dra. Roberta. Luego en la primera consulta me dijo: “Tengo que abrir su mente para mostrarte que eres capaz de tener un parto normal”. También estuvo acompañada por una enfermera obstetra, quien estuvo presente durante todo el parto, junto con su marido. Milena se emocionó por momentos al hablar de sus hijos, pero narró su parto de una manera más objetiva, en particular la interacción con su obstetra en torno a la anestesia. “Entonces ella dice: “Yo no lo ofrezco, si la madre lo quiere, si la embarazada lo quiere, ella lo pide... yo solo lo doy a partir de x de dilatación porque si no terminas por hacer un gran esfuerzo, el niño entrará en sufrimiento fetal y tendrás que hacer una cesárea”. Comentó que el semblante del equipo –eran cuatro mujeres– la marcó mucho. Di-

ieron “mantén la calma, está bien, estamos aquí esperando”. “Por eso hablo de la importancia de la confianza en el equipo, lo miré así y todo el tiempo mantuve los ojos cerrados, en la hora que vino la contracción, abría los ojos y los cerraba... y los abrí para ver cómo estaban las personas y siempre así “no, ya casi, está bien, ya casi está naciendo”, yo estaba como.. en un momento dije “ay ya no aguanto más, estoy muy cansada”, “no, Milena, ya está coronando la cabecita, ya casi se ve el pelito”. Nació el bebé y se quedó en sus brazos un tiempo y solo después le cortaron el cordón umbilical. Milena destacó que fue un parto muy tranquilo para ella y su hijo.

El relato del segundo parto de Milena es un contrapunto a la narrativa de Gabriela, pues, aunque ambas tuvieron la misma obstetra, ella cuenta la historia de una experiencia pacífica. Explica el buen parto por su preparación emocional, al superar el miedo que tuvo en el primer embarazo, por la información obtenida, por el acompañamiento de su marido y enfermera obstetra y por la relación construida con la obstetra durante todo el embarazo. Milena señala que la Dra. Roberta hizo un trabajo emocional al “abrirse la mente” sobre sus miedos y hacerla sentir capaz de tener un parto vaginal.

A diferencia de Gabriela, la confianza en el equipo no solo se mantiene durante el parto, sino que se acentúa. Además del conocimiento proveniente de varias consultas, la postura confiable de la doctora se ve reforzada por la calma que ella y los demás profesionales mostraron durante el trabajo de parto, ilustrada por su capacidad de esperar a Milena. Esta actitud, a su vez, fortaleció su sentimiento de que era capaz de tener un parto vaginal. Cuando pensó que ya no aguantaría más el dolor de las contracciones, vio que el bebé ya estaba naciendo y logró tener el parto sin anestesia, como lo prefirió su obstetra.

Consideraciones finales

Ana tuvo a sus hijos en la década de 1970, dos de ellos en Pernambuco y dos en Río de Janeiro. Cuenta cómo sus dos primeros partos, ambos por vía vaginal, estuvieron llenos de procedimientos problemáticos realizados por un obstetra a quien veía hasta entonces como un “amigo de confianza”. En la primera, sin saber por qué ni ser consultada, Ana recibió anestesia general y sacaron al bebé con un vacuo extractor. En el segundo, el médico realizó varias maniobras dolorosas para reposicionar al bebé, que falleció pocas horas después del nacimiento. Luego de estas experiencias, que considera traumáticas, decidió tener a sus otros dos hijos por cesárea programada. En todos, su marido estaba en el hospital, pero no en la sala de partos. La historia de Ana es más dramática que las narrativas de otras

mujeres de su generación que entrevisté, pero todas mencionaron intervenciones realizadas durante el parto, sin explicarles ni hablarles y la mayoría no contó con sus maridos cuando nacieron sus hijos. Estos son ejemplos de partos en la salud privada en un momento anterior a la creación de políticas para la humanización del parto.

Los lineamientos del Programa de Humanización del Prenatal y del Nacimiento impactaron, entre otros aspectos, en la asimetría aceptada hasta entonces en la relación entre el obstetra y la gestante en trabajo de parto. En las narrativas que analizo aquí, en las que pesan las especificidades de cada experiencia de parto, varia no solo entre mujeres sino también de un embarazo a otro, el tema de la negociación en torno al parto está presente en todas ellas. Aunque Adriana se sintió violentada por la cesárea, Inês se quejó de la episiotomía realizada y Gabriela tuvo un conflicto con la obstetra durante el parto, todas tenían información sobre el parto, estaban acompañadas y habían hablado con sus médicos sobre lo que querían.

En estas historias, la díade fundamental es la gestante en trabajo de parto y el obstetra, aunque otros actores, como maridos, doulas, enfermeras y bebés, participen. Como en otros estudios (Pires et al 2010; Velho et al 2019), las narrativas de parto analizadas refuerzan la visión de que, en la salud privada, el parto humanizado depende en gran medida del obstetra. La existencia de directrices conocidas por las mujeres con las que conversé, no es suficiente para garantizar que tuvieron el parto que planearon. Entran en escena los afectos –cariño, respeto y confianza– como sentimientos importantes para la relación médico-paciente y para que el parto transcurra según lo previsto.

Como desarrollo en otro artículo (Rezende 2017), las definiciones sociológicas de confianza presentadas por Simmel (1964) y Giddens (1990), entre otros, apuntan a su articulación con el conocimiento (o su falta) de cómo se comportan otras personas y cómo lo harán en el futuro. En las relaciones cooperativas y especialmente en la modernidad tardía de las sociedades occidentales, argumenta Giddens, contendría un elemento de riesgo en ausencia de un conocimiento completo de cómo funcionan los sistemas y cómo piensan y se comportan las personas. La confianza implica, por tanto, una dimensión temporal, así como componentes cognitivos y afectivos.

Sin embargo, más que pensar en la confianza en términos de su relación con las estructuras de conocimiento, me baso en la visión de Corsin Jiménez (2011) de que, como antropólogos, debemos entender qué papel juega en contextos específicos. Veo la confianza como un idioma moral, que se refiere a la forma en que se piensa en las personas y cómo se espera que actúen, y que varía según la edad, el género, la raza y la clase. En el contexto de la relación médico-paciente, la men-

ción de este sentimiento se refiere tanto al conocimiento parcial de los obstetras, muchos de los cuales sólo entraron en escena después de la confirmación del embarazo, como a lo que se espera de ellos. En especial, aunque el planeamiento del parto fuera negociado por todos, la confianza se demostraría o reforzaría con el respeto doctor al que se negoció, lo que no siempre ocurrió. Dada la importancia del planeamiento del embarazo y del parto, la confianza parece ser el componente que debe producir el parto deseado, ya que la existencia de políticas de parto por sí sola no es suficiente⁸.

Por su contenido moral, que se refiere a lo que debe ser, cuando una mujer pierde la confianza en el obstetra, una posible reacción es el odio hacia la experiencia del parto, tal como lo expresa Adriana. Como discuten Lutz (1988) y Katz (2013), la ira y la rabia son sentimientos que remiten a la vulneración de derechos vistos como fundamentales. La mención al odio sólo aparece en la narrativa de Adriana, la única que habla explícitamente de los derechos al parto humanizado. También sugiero que cuando estos derechos no se observan en una relación de confianza, la reacción afectiva puede ser más intensa, de ahí la referencia al odio y la violencia.

La ruptura de la confianza puede, de diferentes formas, producir inseguridad y nerviosismo, según relató Gabriela. En el argumento de Giddens (1991), la confianza es una apuesta a que, en un futuro incierto, las cosas seguirán como están, lo que contribuye a crear una seguridad ontológica en el mundo. En el relato de Gabriela, en el modo en el que la obstetra no acepta su pedido de anestesia y luego la crítica, se pierde una confianza que ya era frágil – Dra. Roberta había sustituido a su médico al final de su embarazo, y se vuelve nerviosa, rebelde y sin confianza en el equipo y consigo misma, y llegó al punto de desear una cesárea. La narrativa de Milena hace las mismas asociaciones de forma inversa: porque el vínculo con la Dra. Roberta estaba más fuerte, la confianza se mantuvo en el parto, le produjo tranquilidad y seguridad de que sería capaz de parir.

En estos relatos, también vemos en varios momentos un conflicto entre lo que prefiere hacer el médico y lo que quiere la mujer en el parto. No son solo los médicos como el obstetra de Adriana los que muestran sus preferencias, en este caso por la cesárea, o por hacerse una episiotomía, como el médico de Inês. La Dra. Roberta, que además de los partos de Gabriela y Milena, también acompañó a una tercera entrevistada, opta en lo posible por hacer parto sin anestesia. Aquí, se advierte que aún entre los adeptos del parto humanizado, también existe un

⁸ Como desarrollo en otro artículo (Rezende 2017), en las narrativas de las mujeres mayores hay poca mención a la confianza en el médico. En general, los embarazos no fueron planeados, ni los partos fueron objeto de negociación con los obstetras.

modelado de cómo debe ser ese evento – que evoluciona sin intervenciones como inducción, episiotomía y anestesia – que no siempre atiende a lo que la gestante en trabajo de parto desea, lo que choca así con el precepto de escucha y respeto a sus necesidades⁹.

No casualmente, en los relatos de partos vaginales de Inês, Gabriela y Milena, aparece la preocupación de todas ellas en “hacer todo correctamente” para que el bebé nazca bien. Se refieren a la idea de que habría una forma correcta de parir, y cuestiona la visión de que el cuerpo femenino estaría “naturalmente” preparado para parir, presente entre algunos defensores del parto humanizado (Carneiro 2015; Tornquist 2002). También hablan con dudas sobre su capacidad de parir, incluso cuando los embarazos son acompañados por doulas o enfermeras obstétricas. En otro artículo (Rezende 2019), discuto cómo la experiencia del dolor, para las entrevistadas más jóvenes en la investigación, es narrada no solo como una experiencia sensorial y emocional intensa, sino también como una negociación de cuánto pueden soportar, en el frente a los comentarios y expectativas de los profesionales de la salud y lo que imaginaban sobre sí mismas. La preocupación por “hacer todo correctamente” refleja así estos conflictos así como los valores morales en torno a la maternidad, que debe ser realizada “bien” por las mujeres desde el embarazo y el parto.

Así, en un contexto en el que ya circulan en internet las directrices del PHPN, medios de comunicación, en grupos de embarazadas y entre los diversos profesionales de la salud, lo que muchas veces parece ocurrir es una estandarización de cómo debe ser el parto, tanto para obstetras como para gestantes en trabajo de parto muchas veces diferente de cómo realmente ocurre. Con eso, las mujeres no siempre son satisfechas con sus necesidades, que es la preocupación inicial de las políticas de humanización del parto. En este juego de intereses, la existencia de pautas y derechos no parece garantizar el parto esperado, que resultaría más de una relación profesional que se concibe de manera personalizada, llena de sentimientos. Para las mujeres estudiadas, es el afecto, el cariño y la confianza los que cobran importancia para que no solo tengan un “niño en brazos”, sino también una experiencia de parto “tranquilo” o incluso “fascinante”.

En las narrativas de parto analizadas, hay muchas emociones presentes y la mayoría de ellas se refieren a las interacciones con los profesionales de la salud. A diferencia de los estudios de Fonseca (2018) y Pulhez (2013) sobre sentimientos y políticas de salud con los que comencé este artículo, el sufrimiento y la victimiza-

⁹ Carneiro (2015) en su etnografía sobre grupos de embarazadas también señala este carácter normativo del parto natural, lo que genera en ocasiones frustración cuando se produce una cesárea.

ción son sentimientos que están prácticamente ausentes en los relatos. La indignación o el odio por la no observación o ruptura de derechos también tienen poca presencia en las narrativas. Los sentimientos expresados destacan principalmente la confianza, establecida o rota, como un elemento importante para que un parto transcurra dentro de los lineamientos del PHPN, ya que su existencia como política pública no garantiza una experiencia de humanización del nacimiento.

Recibido: 03/12/2021

Aceptado para publicación: 08/03/2022

Referencias Bibliográficas

- BRUNER, Edward. 1986. "Experience and its expressions". In: TURNER, V. W. e BRUNER, E. (eds.). *The Anthropology of Experience*. Chicago: University of Chicago Press, 1ª ed. 391p.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 2015. *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1ª ed. 328p.
- CHAZAN, Lilian K.. 2007. "*Meio Quilo de Gente*": um Estudo Antropológico sobre Ultrassom Obstétrico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1ª ed. 230p.
- CORSÍN JIMÉNEZ, Alberto. 2011. "Trust in anthropology". *Anthropological Theory*, vol.11, no 2, p. 177-196. Disponible en <<http://doi.org/10.1177/1463499611407392>> (consultado en 10/05/2017).
- DAVIS-FLOYD, Robbie. 1993. "The technocratic model of birth". In: HOLLIS, S. T., PERSHING, L. e YOUNG, M. J. (eds.). *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Urbana: University of Illinois Press. 1ª ed. 432 p.
- DINIZ, Simone. 2005. "Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10 no. 3, p.627-637. Disponible en <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>> (consultado en 01/12/2019).
- FONSECA, Claudia. 2018. "Sofrimento situado: memória, dor e ironia". In: RIFIOTIS, T. e SEGATA, J. (eds.), *Políticas Etnográficas no Campo da Moral*. Porto Alegre: UFRGS. 1ª ed. 212 p.
- FOUCAULT, Michel. 2012. *Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões*. Petrópolis: Vozes. 40 ed. 291p.
- GIDDENS, Anthony. 1990. *The Consequences of Modernity*. Oxford: Polity Press. 1ª ed. 186 p.
- GIDDENS, Anthony. 1991. *Modernity and Identity*. Oxford: Polity Press. 1ª ed. 256p.
- HALBWACHS, Maurice. 1990. *A Memória Coletiva*. São Paulo: Vértice. 1ª ed. 189p.
- HUGHES, Gabriela. 2018, "*Cesárea? Não, obrigada!*": Estratégias de uma Rede Social de Gestantes para Desafiar e Enfrentar o Sistema das Cesáreas por Conveniência Médica. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- KATZ, Jack. 2013. "Massacre justo". In: COELHO, M.C. (ed.). *Estudos sobre Interação*. Rio de Janeiro: EdUERJ. 1ª ed. 330p.
- LUTZ, Catherine. 1988. *Unnatural Emotions*. Chicago: University of Chicago Press. 1ª ed. 273p.
- ORTNER, Sherry B. 2007. "Poder e projetos: reflexões sobre a agência". In: GROSSI, M. et al (eds.). *Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas*. Blumenau: Nova Letra. 1ª ed. 284p. Disponible en <<http://www.abant.org.br/conteudo/livros/ConferenciaseDialogos.pdf>> (consultado en 10/05/2018).
- PIRES, Denise et al. 2010. "A influência da assistência profissional em saúde na escolha do

- tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira”. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, vol. 10 no 2, p.191-197. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=en&nrm=iso> (consultado em 14/02/2020).
- PULHEZ, Mariana Marques. 2013. ““Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto”. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, vol. 12 no. 35, p.544-564. Disponível em <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>> (consultado em 01/08/2019).
- RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. 2006. “Biopower today”. *BioSocieties*, vol 1, p. 195-217. Disponível em <<http://doi:10.1017/S1745855206040014>> (consultado em 15/02/2020).
- RATTNER, Daphne. 2009. “Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico”. *Interface (Botucatu)*, vol. 13, supl. 1, p.595-602. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en&nrm=iso> (consultado em 03/12/2020).
- REZENDE, Claudia Barcellos. 2017. “Trust, gender and personhood in birth experiences in Rio de Janeiro, Brazil”. *Vibrant (Online)*, vol. 14 no.3, p. 58-71. Disponível em <http://www.vibrant.org.br/claudia-barcellos-rezende-trust-gender-and-personhood-in-birth-experiences-in-rio-de-janeiro-brazil/>. (consultado em 14/02/2020).
- REZENDE, Claudia Barcellos. 2019. “A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro”. *Anuário Antropológico* [Online], vol 44 no.2, p. 261-280. Disponível em <http://journals.openedition.org/aa/4019> ; DOI : 10.4000/aa.4019. (consultado em 12/02/2020).
- ROHDEN, Fabiola. 2001. *Uma Ciência da Diferença: Sexo e Gênero na Medicina da Mulher*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz 2ª ed. 224p.
- RUSSO, Jane et al. 2019. “Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado”. *Mana*, vol. 25 no.2, p. 519-550. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>> (consultado em 05/12/2019).
- SALEM, Tania. 2007. *O Casal Grávido: Disposições e Dilemas da Parceria Igualitária*. Rio de Janeiro: Ed. FGV. 1ª ed. 232p.
- SIMMEL, Georg. 1964. “The Secret and the Secret Society”. In: WOLFF, K. H. (eds.). *The Sociology of Georg Simmel*. New York, The Free Press. 2ª ed. 445p
- TORNQUIST, Carmem Susana. 2002. “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. *Revista Estudos Feministas*, vol. 10 no. 2, p.483-492. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>> (consultado em 15/12/2019).
- VELHO, Gilberto. 1981. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar. 1ª ed. 149p.
- VELHO, Manuela Beatriz et al. 2019. “Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 35 no.3, e00093118. Disponível em <<http://doi:10.1590/0102-311X00093118>> (consultado em 30/11/2019)