



e-cadernos CES

Centro de Estudos Sociais | Publicação trimestral | n.11

11

Saberes em Diálogo: da (des)humanização das políticas de saúde materno-infantil em Portugal às possibilidades de co-produção de conhecimento



Centro de Estudos Sociais



Universidade de Coimbra



União Europeia



e-cadernos ces

PROPRIEDADE E EDIÇÃO

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS

- LABORATÓRIO ASSOCIADO

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

www.ces.uc.pt

COLÉGIO DE S. JERÓNIMO

APARTADO 3087

3001-401 COIMBRA

PORTUGAL

E-MAIL: e-cadernos@ces.uc.pt

TEL: +351 239 855570

FAX: +351 239 855589

CONSELHO DE REDAÇÃO DOS E-CADERNOS CES

MARTA ARAÚJO (Directora)

ANA CORDEIRO SANTOS

CECÍLIA MACDOWELL SANTOS

JOSÉ MANUEL MENDES

LAURA CENTEMERI

MARIA JOSÉ CANELO

MATHIAS THALER

SILVIA RODRÍGUEZ MAESO

AUTORES

ANA RAQUEL MATOS

TELMO COSTA CLAMOTE

RITA CORREIA

DESIGN GRÁFICO DOS E-CADERNOS CES

DUPLO NETWORK, COIMBRA

www.duplonetwork.com

PERIODICIDADE

TRIMESTRAL

VERSÃO ELECTRÓNICA

ISSN 1647-0737

© CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS, UNIVERSIDADE COIMBRA, 2011

**SABERES EM DIÁLOGO: DA
(DES)HUMANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE
SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM PORTUGAL ÀS
POSSIBILIDADES DE CO-PRODUÇÃO DE
CONHECIMENTO**

ORGANIZAÇÃO

Ana Raquel Matos, Susana Costa e Pedro Araújo



CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS

2011

Índice

Introdução.....	5
I Seminário “O parto não vigiado pela autoridade da ciência: entre o encerramento de maternidades e o parto domiciliar em Portugal”	
Albino Aroso.....	14
Strecht Monteiro.....	17
Filipa Leite.....	21
Ana Raquel Matos.....	24
Rita Correia.....	27
Isabel Sampaio.....	32
Silvina Queiroz.....	36
Daniel Neves.....	39
Isabel Margarida Mendes.....	42
Pedro Lopes Ferreira.....	45
II Artigos	
Ana Raquel Matos - <i>“A história dos três macacos sábios”, ou de como sobre os protestos do encerramento de blocos de parto em Portugal o poder político não viu, ouviu ou falou.....</i>	52
Telmo Costa Clamote - <i>Que saberes, em que diálogo(s), nas trajectórias de representação regulatória das associações de doentes?.....</i>	79
@cetera	
Rita Correia - <i>O desafio da humanização do parto em Portugal: questões essenciais na actualidade.....</i>	104

Introdução

O conhecimento científico, sobretudo nas sociedades ocidentais, tem sido alvo de um processo de popularização que o transformou numa forma de conhecimento supremo. Mais do que qualquer outro, a ciência tem-se assumido como o saber que pode dominar o mundo. As sociedades actuais são, aliás, apelidadas de *sociedades de conhecimento*, em reconhecimento desse conhecimento intensivo que governa o mundo e do qual têm dependido as directrizes dos modelos de desenvolvimento. Porém, a centralidade da ciência como forma de conhecimento superior tem vindo a ser abalada por abordagens alternativas de hierarquização dos saberes que actuam na descodificação da realidade, considerando ilusória essa visão da ciência enquanto forma suprema de conhecimento, sobretudo se atentarmos na conjuntura mundial, marcada pela multiplicação de crises, riscos e incertezas resultantes do modelo de desenvolvimento de base científico-tecnológica. Assim, enquanto uns designam as sociedades modernas de sociedades de conhecimento, outros reclamam-nas como sociedades de risco (Beck, 1992; Gonçalves, 2006; Nunes, 2007), ambas sujeitas a interpretações controversas e que remetem para discussões mais profundas sobre o que é, afinal, conhecimento, e sobre a (aparente) centralidade do conhecimento científico nos modelos de desenvolvimento.

Há algumas questões que se afiguram centrais neste debate: A quem compete definir o que é conhecimento legítimo? Na óptica de quem? E conhecimento para quê e para quem?

A monocultura do saber, assente na ideia de conhecimento científico como conhecimento hegemónico (Santos, 2000), tem vindo a debater-se com uma frente de resistência que se baseia no reconhecimento da importância de “outros” saberes como igualmente centrais e legítimos para os projectos de desenvolvimento das sociedades contemporâneas.

Esses “outros” conhecimentos são usualmente designados de subalternos, primitivos, locais, populares, tradicionais e têm sido remetidos para um submundo epistémico de cuja utilidade se duvida. São ainda perspectivados pela autoridade da

ciência como não saberes, saberes superficiais ou supersticiosos, empíricos e/ou desorganizados.

A proposta que aqui se traz a debate assenta, assim, na alternativa à *gethização*, à *musealização*, à *fossilização* ou, em última análise, ao *epistemicídio* a que essas outras formas de conhecimento têm sido sujeitas (Mignolo, 2003; Santos *et al.*, 2004; Santos, 1998: 208; 2006: 142 e 2007; Visvanhatan, 2006: 166). Urge começar a contrariar essa visão compartimentalizada e estanque de saberes no mundo, tentando encontrar soluções ancoradas na diversidade de saberes que não assentem no estigma da rivalidade, mas no diálogo e na partilha de saberes e práticas por um mundo melhor, assente num modelo de justiça cognitiva (Santos, 2006).

Os “Saberes em Diálogo” representam um contributo, ainda que modesto, nessa direcção. A presente edição do *e-cadernos* tem, de facto, origem nos “Saberes em Diálogo”, um ciclo de seminários organizado, até 2010, pelo Núcleo de Estudos Sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade (NECTS¹) do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES).

A iniciativa surgiu com o intuito de promover um espaço de diálogo entre diferentes conhecimentos em diversas áreas temáticas relevantes, resultantes da interface entre as linhas de investigação desenvolvidas e em desenvolvimento no CES e a sua actualidade. Enquanto organizadores do “Saberes em Diálogo”, concebemos a actividade em torno do respeito pela diversidade epistemológica, não só assente numa pluralidade de saberes úteis ao progresso, mas enquanto oportunidade de interpelação da própria ciência e da sua hegemonia. Consideramos o ciclo de seminários uma oportunidade para propiciar verdadeiros lugares de encontro (Mignolo, 2003), para presenciar zonas de contacto epistemológico (Santos, 2006) onde se garante a possibilidade de participação e de diálogo a diferentes saberes.

Esta tentativa de colocar diferentes saberes a dialogar visa criar oportunidades de contacto entre conhecimentos distintos que evitem desqualificações mútuas e que resultem em configurações de saberes mais justas e equitativas, capazes de dar resposta aos verdadeiros problemas que atravessam a vida real. Para além disso, o “Saberes em Diálogo” aborda os diversos conhecimentos numa perspectiva integrada, por forma a possibilitar novos conhecimentos como (co)produtos de interacções e práticas contingentes.

¹ Reestruturações posteriores no âmbito do CES levaram à fusão do NECTS com outro núcleo, sendo agora designado por NECES (Núcleo de Estudos sobre Ciência, Economia e Sociedade).

Fundamentada a necessidade desta abordagem, a sua actualidade e pertinência, importa exemplificar como estimular os saberes para o diálogo. Nesse sentido, adoptou-se o CES como o espaço adequado para o reconhecimento da não condição hegemónica das ciências sociais, e para o qual fizemos confluír, no âmbito das temáticas a tratar, um leque tão diversificado quanto possível de conhecimentos, julgando, desta forma, estar a contribuir para a atenuação de eventuais conflitos, criando uma oportunidade de abertura ao diálogo e de entendimento entre saberes potencialmente rivais e/ou incomunicáveis.

Este projecto, sempre que as questões a debate o permitiram, radicou na articulação com pressupostos mais específicos do domínio dos Estudos Sociais da Ciência. Mais concretamente, privilegiou-se um entendimento de abertura à participação pública, sobretudo numa lógica de controlo mais democrático da ciência a partir da participação de outros conhecimentos, para além do científico, em debates controversos. Preconizou-se também, à luz do envolvimento mais activo dos cidadãos na sua relação com a ciência, contribuir para a definição de novas práticas enquadradas no que se tem designado por novas formas de cidadania, também conhecidas por “cidadania científica” ou “ciência cidadã” (Irwin, 1995; Irwin e Wynne, 1996; Gonçalves, 2000 e 2006; Bertilsson e Elam, 2003; Hagendijk, 2004; Santos *et al.*, 2004; Nunes, 2005; Roberts e Mackenzie, 2006). Reclamou-se a promoção de uma relação mais equitativa entre várias formas de conhecimento, baseadas num processo de comunicação bilateral ou dialogista de abordagens distintas, numa tentativa de concretizar possibilidades de imaginação epistemológica, de imaginação democrática ou, em última análise, de co-produção de novas formas de conhecimento (Jasanoff, 2004; Santos, 2006; Nunes, 2007).

O primeiro tema escolhido para inaugurar este ciclo de seminários intitulou-se “O parto não vigiado pela autoridade da ciência: entre o encerramento de maternidades e o parto domiciliar”². A escolha do tema prendeu-se com a sua pertinência e actualidade no seio da sociedade portuguesa. Desde logo, porque em 2006, o ministro da saúde do XVII Governo Constitucional, António Correia de Campos, determinava o encerramento de 10 blocos de parto espalhados pelo país. A decisão baseou-se numa avaliação das condições de nascimento em Portugal fundamentadas num relatório elaborado por um grupo de peritos. A tomada de conhecimento da decisão — largamente difundida pelos meios de comunicação social e que ficaria conhecida como “encerramento de maternidades” — veio a revelar-se amplamente controversa, tendo ocasionado fortes manifestações de

² Este debate realizou-se no dia 11 de Fevereiro de 2010. Informações detalhadas sobre o debate em <http://www.ces.uc.pt/nucleos/neces/pages/pt/eventos/o-parto-nao-vigiado.php>.

protesto, sobretudo em algumas das localidades afectadas pela medida. Se, por um lado, um grupo de peritos validava uma decisão política, por outro, os cidadãos leigos protestavam por não terem sido ouvidos aquando da tomada de decisão, sobretudo porque ela iria afectar directamente as suas vidas, para além de não ir ao encontro das necessidades locais da população.

Durante dois anos, os principais opositores à decisão mantiveram viva a controvérsia, não só através de acções de protesto nas localidades afectadas pela decisão, como no próprio hemiciclo político, onde contínuas exigências de explicação sobre esta matéria foram sendo oportunamente repetidas pelos partidos da oposição.

Apesar da acalmia que vinga actualmente sobre a controvérsia, esta não se encontra totalmente encerrada, pois sempre que um bebé nasce em contexto extra-hospitalar são reavivados os argumentos sobre a responsabilidade do encerramento de blocos de parto, para além das reiteradas manifestações que ainda circulam no sentido da reabertura deste serviço público em algumas localidades. Esta era uma questão oportuna e controversa para explorar no “Saberes em Diálogo”, perspectivando-se sobre o assunto a emergência e apreciação de diferentes argumentos entre peritos e leigos.

Para além disso, a polémica em torno do encerramento de blocos de parto afigurava-se uma temática interessante na sua articulação com as questões da humanização do parto. Estas últimas, igualmente actuais, assumiram bastante visibilidade nos meios de comunicação social, sobretudo quando as mais recentes estatísticas oficiais sobre nascimentos vieram a público, sugerindo a necessidade de um debate sobre a forma como, onde e a quem compete fazer nascer.

A tendência desenhada pelas Estatísticas da Saúde (INE, 2005 e 2008) apontava para um decréscimo do total de partos realizados em contexto hospitalar na ordem dos 9%. Contrariamente, os partos no domicílio registavam um aumento na ordem dos 25%, sendo que a tendência mais intrigante remetia para o extraordinário aumento dos partos classificados como realizados “noutros locais” na ordem dos 600%. Face ao recente encerramento de blocos de parto em Portugal, a associação entre estas duas realidades era uma dimensão de debate que nos pareceu pertinente explorar.

Desta forma, o debate abarcaria também uma abordagem sobre a institucionalização e medicalização a que o parto fora sujeito nas sociedades ocidentais a partir da década de 1950, em grande medida em consequência da evolução científica e tecnológica. À medida que se medicalizava o parto, a mulher

tornava-se num agente quase passivo desse processo, conferindo exclusiva autoridade sobre fazer nascer, e sobre o seu próprio corpo, ao médico obstetra.

Graças à rápida expansão da tecnologia associada à prática de obstetrícia, que se disseminou em finais do século XX, o parto deixava de ser encarado como um acontecimento natural, cujo espaço privilegiado para ocorrer era o domicílio, permitindo à medicina controlar todo o processo, tornando-o, inclusive, menos doloroso. Tal intervenção, embora com o intuito de contribuir para a melhoria dos índices de morbilidade e mortalidade materna e perinatal (Moura *et al.*, 2007) é, no entanto, considerada por muitos como excessiva e desnecessária, ela própria geradora de novos riscos associados ao parto.

Há, portanto, distintas perspectivas sobre como e onde fazer nascer: num contexto medicalizado como a melhor forma de cercear riscos? De forma o mais natural possível? De forma humanizada, numa combinação do uso da medicina apenas quando estritamente necessário, à semelhança, aliás, da recomendação proposta pela Organização Mundial de Saúde?

Para discutir a problemática em torno do parto domiciliário e do encerramento de blocos de parto reunimos um conjunto de convidados, peritos e leigos, aos quais foi colocada uma questão: “onde, como e a quem compete fazer nascer?”. Participaram no debate: Strecht Monteiro, médico obstetra; Filipa Leite, doula; Ana Raquel Matos, investigadora do CES; Rita Correia, directora da Associação Portuguesa Pela Humanização do Parto (HUMPAR); Isabel Sampaio, membro da Ordem dos Enfermeiros; Silvina Queiroz, membro do movimento cívico “Nascer na Figueira”; Daniel Neves, investigador júnior do CES; Isabel Margarida Mendes, enfermeira e docente na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; e Pedro Lopes Ferreira, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. O debate foi ainda dinamizado pelos comentários de Sílvia Portugal, investigadora do CES, e Maria José Hespanha, coordenadora dos Cuidados Continuados Integrados na Região Centro. Um comentário síntese ficou a cargo de João Arriscado Nunes, investigador do CES. Importa ainda mencionar o texto introdutório de Albino Aroso que, impedido de participar presencialmente no debate, aceitou gentilmente elaborar um texto de abertura da memória do debate a partir do registo escrito das intervenções, comentários e debate que lhe fizemos chegar.

Tendo por base o modelo de funcionamento adoptado para os debates, este “Saberes em Diálogo” tentou contribuir para um projecto de edificação de novos marcos conceptuais, analíticos, teóricos, capazes de auxiliar na adopção e disseminação de novos conceitos, novas categorias, novas noções, sob a égide da

interculturalidade e da compreensão da alteridade epistémica, e que neste caso se aplicou à fórmula: onde, como e a quem compete fazer nascer em Portugal.

Uma avaliação da iniciativa permite extrair várias conclusões. Apostados em colocar diversos saberes a dialogar, numa lógica de confronto entre peritos e leigos sobre a questão do encerramento de blocos de parto e a humanização do parto, reconhecemos que o leque de convidados acabou por basear o seu discurso nas suas convicções pessoais ignorando, por exemplo, as práticas profissionais de classe prevaletentes sobre *como fazer nascer*. Por exemplo, teria sido interessante ter dois médicos obstetras com posicionamentos e formas de actuação distintas, ou dois líderes de movimentos cívicos criados em torno da problemática do encerramento de blocos de parto. No entanto, assumimos que a escolha dos actores intervenientes se baseou no critério da diversidade de representantes de diferentes saberes sobre as questões em análise.

Assim, o formato adoptado, impunha que o seminário se cingisse a um número restrito de intervenientes, aos quais se pediu que manifestassem a sua posição sobre o tema em debate, por forma a consagrar tempo suficiente para o diálogo e reflexão entre peritos e leigos convidados e a assistência que com eles queria debater a temática. Não obstante esta contingência, o debate cumpriu plenamente a intenção de confrontar saberes peritos e leigos, instigando-os permanentemente a dialogar. Para tal contribuiu, por certo, o grande empenho que o CES colocou na divulgação desta iniciativa de modo a tornar o debate vivamente participado, integrando na assistência um público diferenciado, permitindo valorizar várias perspectivas no diálogo. Deve ainda reconhecer-se as múltiplas manifestações que se registaram no sentido da necessidade de fomentar com mais frequência não só um diálogo interdisciplinar, como o confronto entre saberes distintos.

Este debate encerrou uma efectiva oportunidade de diálogo entre esses saberes distintos que, para além de reconciliador e produtivo das várias abordagens, em muitos aspectos, demonstrou ser útil e capaz de contribuir para configurações de saberes mais justas e inclusivas, podendo dar resposta a alguns dos problemas que atravessaram a discussão.

Organização deste número

A presente publicação está organizada em duas partes distintas. A primeira parte — “O parto não vigiado pela autoridade da ciência: Entre o encerramento de maternidades e o parto domiciliário em Portugal” — dá conta das intervenções dos oradores que integraram o painel do “Saberes em Diálogo” e procurou manter o seu registo original.

A segunda parte conta com dois artigos. O primeiro, de Ana Raquel Matos, avalia os recentes protestos motivados pelo encerramento de blocos de parto em Portugal enquanto mecanismos de participação cidadã nas decisões sobre políticas públicas de saúde. A partir da análise desse caso particular, a autora aborda, por um lado, o Estado como uma entidade não abstracta, feito de pessoas que estabelecem relações entre si e cuja acção pode fazer toda a diferença na definição do bem comum e, por outro, como aparelho funcional que responde aos desafios colocados pelos movimentos cidadãos de modo autoritário e autocentrado. Dá, assim, conta de um cerrar de olhos violento por parte dos decisores políticos aos saberes das populações locais, que muito poderiam contribuir para decisões com mais qualidade. O artigo permite, no entanto, perspectivar a perseverança dos cidadãos na forma como reagem quando sentem os seus direitos afectados, protestando e reivindicando com válidos contributos para a instauração de uma democracia mais forte e participada.

O segundo artigo, de Telmo Costa Clamote, presta um contributo teórico de extremo relevo à análise da relação institucional entre saberes leigos e saberes periciais, perspectivada a partir das experiências das associações de doentes em contexto nacional, mais concretamente das trajectórias de representação e veiculação de saberes leigos por essas associações, as quais são entendidas enquanto actores mediadores de possibilidades de participação nos processos regulatórios no campo da saúde. Este trabalho valoriza, assim, o que outras análises tendem a descurar, designadamente uma atenção acrescida a outros planos de articulação entre saberes onde actores leigos e peritos que, pela relação que estabelecem, se mostrem capazes de produzir efeitos na esfera institucional e implicações na morfologia desses próprios saberes diferenciados. Desta forma, a análise proporciona uma incursão reflexiva sobre o modo como se têm vindo a projectar as narrativas sobre a produção de conhecimento, a partir da relação entre os distintos saberes, dando conta das cautelas que devem ser equacionadas sob este prisma, desde logo a limitação dos fluxos ou trajectórias do saber leigo, e que demonstram ficar muito aquém do que é projectado como “óptimo” do ponto de vista da assimilação institucional desse conhecimento a partir da actuação das associações de saúde que se circunscreve, na generalidade dos casos, à gestão das experiências incorporadas de saúde e doença. Sem dúvida que a prestação deste artigo muito contribui para o desvelar de muitas das opacidades que se esbatem sobre as propostas analíticas neste domínio.

Na secção @cetera, Rita Correia, da HUMPAR, confronta-nos com os principais desafios que enfrenta o processo de humanização do parto em Portugal. De forma

clara e directa, relança para o debate as questões essenciais de que se revestem os objectivos da HUMPAR e compromete a participação, o diálogo, a capacitação e outros saberes, sobretudo das mulheres, na formulação de uma concepção sobre fazer nascer mais condigna e mais humanizada.

Ana Raquel Matos, Susana Costa e Pedro Araújo

Referências bibliográficas

- Beck, Ulrich (1992), *The Risk Society*. Londres: Sage.
- Bertilsson, Margareta; Elam, Mark (2003), "The Emerging Dimensions of Scientific Citizenship", *European Journal of Social Theory*, 6(2), 233-251.
- Gonçalves, Maria Eduarda (org.) (2000), *Cultura científica e participação pública*. Oeiras: Celta Editora.
- Gonçalves, Maria Eduarda (2006), "Transparency, Openness and Participation in Science Policy Processes", in A. G. Pereira, S. G. Vaz e Tognetti, S. (orgs.), *Interfaces Between Science and Society*. Sheffield: Greenleaf Publishers, 180-188.
- Hagendijk, Rob (2004), "The Public Understanding of Science and Public Participation in Regulated Worlds", *Minerva*, Vol. 42, Nº 1.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2005), *Estatísticas da Saúde*. Lisboa: INE.
- INE - Instituto Nacional de Estatística (2008), *Estatísticas da Saúde*. Lisboa: INE.
- Irwin, Alan (1995), *Citizen Science: A Study of People, Expertise and Sustainable Development*. London: Routledge.
- Irwin, Alan; Wynne, Brian (orgs.) (1996), *Misunderstanding Science? The Public Reconstruction of Science and Technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jasanoff, Sheila (org.) (2004), *States of Knowledge. The Co-Production of Science and the Social Order*. London: Routledge.
- Mignolo, Walter (2003), *Historias locales, diseños globales: colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Editorial Akal.
- Moura, Fernanda Maria Jesus S. Pires; Crizostomo, Cilene Delgado; Nery, Inez Sampaio; Mendonça, Rita de Cássia Magalhães; de Araújo, Olívia Dias; da Rocha, Silvana Santiago (2007), "A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60 (4), 452-455.
- Nunes, João Arriscado (2005), "Da democracia técnica à cidadania cognitiva: a experimentação democrática nas sociedades de conhecimento", Working Paper. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Nunes, João Arriscado (2007), "Governação, Conhecimentos e Participação Pública", relatório apresentado para provas públicas de Agregação em Sociologia à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- Roberts, Celia; Mackenzie, Adrian (2006), "Science", *Theory, Culture & Society*, 23 (2-3), 157-182.
- Santos, Boaventura de Sousa (1998), *La globalización del derecho: los nuevos caminos de la regulación e emancipación*. Bogotá: ISLA, Universidad Nacional de Colombia.
- Santos, Boaventura de Sousa (2000), *A crítica da razão indolente: Contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento.
- Santos, Boaventura de Sousa (2006), *A Gramática do tempo: Para uma nova cultura política*. Porto: Afrontamento.
- Santos, Boaventura de Sousa (2007), "Para além do pensamento abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 3-46.
- Santos, Boaventura de Sousa; Paula Meneses; João Arriscado Nunes (2004), "Introdução. Para ampliar o cânone da ciência: A diversidade epistemológica do mundo", in Boaventura de Sousa Santos (org.), *Semear outras soluções: Os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento.
- Visvanathan, Shiv (2006), "Alternative Science", *Theory, Culture and Society*, 23 (2-3), 164-169.

**I | SEMINÁRIO “O PARTO NÃO
VIGIADO PELA AUTORIDADE DA
CIÊNCIA: ENTRE O ENCERRAMENTO
DE MATERNIDADES E O PARTO
DOMICILIAR EM PORTUGAL”**

ALBINO AROSO¹

Antes de mais, um agradecimento às gentis pessoas que me convidaram para escrever sobre o «encerramento de maternidades» num momento de grande reforma das estruturas de saúde materno-infantil nem sempre bem aceite pela sociedade.

Li com cuidado todo o debate², após umas semanas de uma certa incapacidade para o fazer e pensar, fruto da velhice que começou a bater à porta. Naturalmente que os escritos que nos chegam à mão, muitas vezes por pessoas mais agarradas às teorias do que à prática do dia-a-dia, nem sempre estão de acordo com a nossa maneira de pensar e de agir.

É, no entanto, inegável que as transformações sofridas pela sociedade portuguesa no final do século passado, levando a mulher a saltar do analfabetismo habitual para todos os graus de êxito; da dependência habitual para o mundo da responsabilidade e da política; das gravidezes sucessivas desde jovens para o domínio absoluto da sua fertilidade, tendo os filhos que querem, quando querem e as condições sociais o permitam, bem longe nos colocam da sociedade que ainda bem conheci até final de meados do século passado.

Recordo bem, passando pela Europa desse tempo, a distância que nos separava das estruturas sociais do Velho Continente e, sobretudo, as altas taxas de mortalidade materna e infantil que nos colocavam à frente dos países ocidentais. Todos os que participaram na discussão sobre este assunto, ponderando mesmo todas as

¹ Professor Associado Jubilado de Ginecologia/Obstetrícia no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto. Em 1967 participou na fundação da Associação para o Planeamento da Família e, dois anos depois, pela primeira vez em Portugal, abre a primeira consulta pública, gratuita, de planeamento familiar. Foi Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde do XI Governo Constitucional, tendo sido responsável pela Lei do Planeamento Familiar de 1976. Foi homenageado pela empresa Shering com a instituição do Prémio Albino Aroso, agraciado com a Cruz da Ordem de Benemerência (1983) e com a Grã-cruz da Ordem do Infante (1998).

² O Professor Albino Aroso era um dos convidados do seminário “Saberes em Diálogo”, a quem competia um comentário final ao debate. Por motivo de doença, não lhe foi possível deslocar-se a Coimbra e participar nesta iniciativa. Desta forma, perante a possibilidade de publicar os resultados do debate, não quisemos deixar de lhe dar a oportunidade de participar de forma escrita, tendo o Professor Albino Aroso elaborado o seu contributo a partir da transcrição das intervenções.

deficiências, sobretudo as de carácter afectivo, que continuamos a ter em relação à mulher, e em especial à grávida e mãe, terão certamente um sentimento de admiração e respeito ao aperceberem-se que passámos do último lugar entre os países da Europa Ocidental em mortalidade materna, e sobretudo infantil, para um dos lugares cimeiros do mundo!

Para muitos de nós, o trabalho dos técnicos de saúde, o dos responsáveis pelos transportes e o dos políticos de então dificilmente poderá ser esquecido. Recordo, e com alguma saudade, que na Comissão de Saúde Materno-Infantil, outros responsáveis técnicos que foram ouvidos e que tinham posições políticas na sociedade totalmente diferentes uns dos outros. Só que a única coisa que se discutia era a política de saúde materno-infantil: como melhorá-la, levando a cada grávida e a cada recém-nascido todas as condições observadas nos países mais evoluídos do mundo de então.

Nas reuniões da Comissão de Saúde Materno-Infantil, e discutindo os levantamentos da situação então feitos, concluía-se que a maioria das chamadas «maternidades», em praticamente todos os hospitais espalhados pela província, eram locais onde se nascia e morria sem a mais pequena intervenção nas áreas da prevenção pelas técnicas já em uso em países mais evoluídos da Europa e que, por outro lado, nos hospitais centrais e distritais, onde tudo poderia ser feito, a carência de instalações apropriadas, de equipamentos actualizados e de profissionais de saúde preparados para salvar vidas eram, em regra, muito deficientes. Esta promessa de melhoria substancial das instalações, equipamentos e técnicos, tanto quanto necessário, rapidamente se tornou apanágio da sociedade que, por ir melhorando, aflorava.

Nessa altura, toda a moderna tecnologia foi aprovada, criada uma rede de referência e um transporte apropriado, que o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) se propunha fazer. Feitos os pareceres para a melhoria das instalações, adquiridos os equipamentos e preenchidos os lugares dos indispensáveis técnicos, fácil foi encerrar cerca de 150 maternidades e pôr todo o esquema a funcionar nessa primeira fase. E tudo foi um sucesso, especialmente traduzido na descida substancial da mortalidade materno-infantil. O país tinha entrado na Europa. Caminhava para ultrapassar alguns dos maiores países do continente e avançou para um dos melhores do mundo. E disto tudo se tinha conhecimento e os políticos aceitavam as propostas dos técnicos.

Mais tarde, foi com outros elementos técnicos, aparentemente menos interessados, de maior relevo político, que avançou uma nova reestruturação dos Serviços Materno-Infantis. Talvez porque a sociedade tivesse menos acesso a uma

informação atempada e válida, reagisse à decisão do encerramento de novos serviços com algum ânimo contra as decisões tomadas pelos políticos. As coisas foram, no entanto, sendo resolvidas com algum controlo da sociedade e tudo se foi solucionando.

Novos estudos médicos, novas vias de comunicação ou novos hospitais poderiam alterar a situação, mas para isso haveria que provar que melhor solução existia. Então, já nessa altura se falava um pouco contra o excessivo cientifismo comparado com um certo grau de desumanização que as novas tecnologias poderiam acarretar! E aí não podemos deixar de aceitar algumas críticas. Mas convém também lembrar que o problema era, e é, mundial.

Recordo, e com alguma preocupação, uma visita a Inglaterra para saber o que nesse aspecto se passava nos centros de saúde. Fui encaminhando para um Centro onde esse estudo se estava a fazer. Qual o meu espanto quando num primeiro andar, com óptimas condições de observação para o rés-do-chão, um estudante de medicina chama uma mulher para uma consulta, manda-a sentar e dispara: “traz exames, análises ou radiografias?” Como estranhar, então, a situação em Portugal?

Por outro lado, em finais da penúltima década do século passado, estava eu a dirigir o Hospital da Prelada, no Porto, tive acesso a uma série de artigos de uma revista americana sobre esse mesmo assunto. Intitularam-no “*Regresso a Cós*”, a ilha onde Aristóteles ia explicando aos seus discípulos alguns aspectos da medicina de então. Não esqueço as conclusões: “a maior mudança que precisamos fazer no campo da medicina é pôr novamente os médicos a conversarem com os doentes...”.

Na verdade, alguma coisa terá de mudar nesse sentido. Teremos de incrementar, e por vezes muito especialmente no homem, as manifestações de afectividade, carinho, disponibilidade, elogios, tantas vezes merecidos e esquecidos para com a mulher, sobretudo nesta fase cada vez mais rara e importante da gravidez e da maternidade. Se assim o fizermos, vendo em cada mulher a nossa mãe, irmã ou filha, e como tal a tratarmos, passaremos dos primeiros lugares do mundo na área da mortalidade materno-infantil, para o primeiro lugar do mundo em afecto, carinho e elogios. E essa é a minha grande esperança: poder ainda viver quando se iniciar a transmissão, à sociedade, desta importante mensagem para a qual todos teremos de contribuir.

STRECHT MONTEIRO³

Relativamente a estes assuntos controversos, o encerramento de maternidades e os partos realizados no domicílio, e sobre “onde, como e quem deve fazer os partos”, tenho alguma experiência, embora, por vezes, a experiência não seja o melhor caminho. Durante toda a minha vida fiz partos no domicílio, no consultório, em locais que chamavam hospitais, mas aos quais se deveria chamar “armazéns de doentes”. Depois comecei a fazer partos assistidos em núcleos de parto e, gradualmente, fui assistindo ao evoluir da ciência obstétrica que, de há 40 anos para cá, foi uma das especialidades da medicina que mais evoluiu em termos técnicos.

Posso dizer que há 40 anos atrás não sabíamos nada. Para sabermos o que é que devíamos fazer, molhávamos um dedo e depois víamos para que lado soprava o vento e decidíamos. E, muitas vezes, decidíamos mal! Ultimamente temos, provavelmente, tecnologia a mais. Houve uma lição que eu ouvi aqui em Coimbra, proferida por um dos “papas” da obstetrícia, Caldeiro-Barcia, o inventor das unidades montevidео e da cardiocografia, que dizia: “eu arrependo-me de ter descoberto tal aparelho porque, provavelmente, as mulheres vão ficar amarradas a uma cama desde um centímetro de dilatação até ao período expulsivo. Lembrem-se de mim quando um dia estiverem a exercer a vossa prática de especialidade e entendam que uma mulher em trabalho de parto só deve regressar ao leito do parto aos 8 centímetros”. Hoje, por questões de defesa, para nos desculparmos de algumas insuficiências técnicas e de

³ Médico especialista em Obstetrícia. Licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tem exercido a especialidade em várias Unidades Hospitalares do país. Nesse âmbito, destacam-se os cargos de Director na Maternidade Júlio Diniz, no Porto, Presidente da Comissão Instaladora do Hospital de Santa Maria da Feira e Director do serviço de Ginecologia de Santo Tirso. Foi deputado na Assembleia da República entre 1995 e 1999. É o autor da primeira lei que alterou os prazos para IVG.

alguns azares que muitas vezes acontecem na obstetrícia, amarramos as mulheres à cama de parto desde o início.

Acabo de sair de 48 horas de urgência em Bragança. Durante estes dois dias, todas as mulheres que tiveram filhos comigo deambularam no corredor, nos átrios do hospital e só na fase final é que regressaram ao leito. A própria profilaxia da dor do parto pode fazer-se até aos 8 centímetros de dilatação. Outra ideia muito em voga é a que não se pode fazer epidural a não ser a partir de 4 centímetros de dilatação, o que não corresponde à verdade. Pode-se administrar anestesia epidural, inclusivamente, a uma senhora que tenha um rebordo que é necessário que se desfaça. Num caso como esse, pode fazer-se a epidural e melhora imediatamente toda a evolução do parto.

Entendo que devido à responsabilidade profissional que os obstetras têm, e porque hoje a população está mais exigente, é uma aventura muito grande fazer partos em casa. Em Portugal não há capacidade de atendimento correcto, durante o parto, ao domicílio. Outros países da Europa fizeram várias experiências e estão a recuar. Já quase ninguém faz partos no domicílio. Em 1998, estive na Finlândia e tinham acabado com os partos em casa. Apesar das grandes distâncias e da baixa densidade populacional que a Finlândia tem, os partos são todos feitos em hospitais. O que se deve é criar ambientes parecidos com os que há em casa. Na Finlândia, por exemplo, o parto decorre dentro de uma sala que parece um jardim de Inverno, um quarto normal ou uma sala de jantar e ao lado tem toda a parte técnica. Corre-se uma porta e aí está, então, a cama de partos, os monitores, tudo o que é necessário. Essas foram as melhores maternidades que eu vi na minha vida. Provavelmente já haverá melhores noutras partes do mundo e até cá em Portugal.

Hoje é muito complexo fazer um parto sem ter apoios laboratoriais, sem ter sangue, sem ter plasma, etc., porque a cada momento a situação pode alterar-se e não temos hipóteses nenhuma de salvar uma vida. E está o futuro de uma vida ali a nascer e nós não temos como hesitar. Também a Holanda teve partos assistidos em casa, teve ambulâncias medicalizadas, nomeadamente ambulâncias preparadas para fazer intervenções cirúrgicas ao domicílio, mas os dispêndios foram de tal ordem que já quase não fazem partos no domicílio. Se houver necessidade de fazer um parto no IP4, como se ouve de vez em quando dizer, tem de se fazer. Se me chegar ao consultório uma senhora em período expulsivo, eu terei de fazer o parto, mas só nessas circunstâncias. Não se deve estimular a população para fazer partos em casa.

Tal como está a situação económica e financeira do país, suponho que não haverá recursos para podermos fazer partos no domicílio. Para além disso, as assimetrias deste país são brutais. Por exemplo, em Coimbra é tudo relativamente

fácil porque há duas maternidades, mas há distritos onde as pessoas, para recorrerem aos hospitais, têm de ir por Espanha, porque as estradas portuguesas não dão acesso rápido ao sítio onde se parteja.

O encerramento de maternidades em Portugal nem sempre foi correcto. Em Portugal, desde há muitos séculos, somos bastante caciquistas e as soluções políticas são sempre tomadas dessa forma. Onde há mais peso político é onde se decide que haja maternidades. E houve erros importantes que se cometeram ultimamente sobre a escolha dos locais para partejar. Havia locais onde se partejava mais, onde havia mais experiência, onde havia melhores condições e onde as regras internacionais estavam cumpridas e esses blocos de parto fecharam enquanto outros ficaram abertos. Tem-se conseguido minorar todas essas complexidades, mas muitas vezes a decisão política não é a mais acertada.

Também entendo que algumas maternidades teriam de fechar por falta de recursos humanos, mas todas estas medidas devem ser discutidas nos locais próprios, porque para cada local deve haver uma solução específica e bem ponderada e não uma solução para todo o país. Não se pode encerrar uma maternidade porque quem está numa comissão de encerramento das maternidades está zangado com o director da maternidade, embora em Portugal aconteçam coisas destas. É por isso que este país não consegue evoluir, porque há entraves ao progresso.

Por outro lado, o acompanhamento da grávida não está a ser bem feito porque está entregue aos cuidados primários e aí deviam existir especialidades. O médico de família é um médico que deveria estar disponível, pelo menos nas horas normais de trabalho, ter contacto directo com o doente, ter o telefone disponível. Não é assim que se faz na prática e os doentes são encaminhados para os hospitais, aumentando a lista de espera das consultas. Como é que se pode manter uma lista de espera para consultas de obstetrícia? Eu acho que a melhoria dos cuidados materno-infantis devia começar pela prestação de cuidados da especialidade, como houve em tempos passados nos cuidados primários, e depois resolviam-se as questões mais complexas.

Outra coisa que se tentou fazer, e uma das pessoas que teve essa ideia foi o Professor Albino Aroso, foi pôr as senhoras enfermeiras parteiras nos cuidados primários a fazer o seguimento da gravidez normal. Só a partir daí eram encaminhadas para o médico especialista. Isto passa-se em Inglaterra que, num raio de 200 km à volta de Oxford, fechou todas as maternidades, ficando uma só a funcionar. Aí as enfermeiras são especializadas, são paramédicas que vão assistir a grávida a quem fazem consultas quinzenais e que, no caso de dúvidas, orientam para o hospital.

A saúde em Portugal ainda está numa fase muito incipiente e quando eu vejo algumas preleções na televisão a dizer que se podem fazer partos em casa, reconheço que essas pessoas têm pouca prática do que é fazer obstetrícia em Portugal. Nós somos um país mais complexo que os outros e menos organizado. Temos de nos organizar, mas quem nos organiza não são os governos, somos nós próprios. Para além disso devemos lançar ideias e exigir que os governos discutam com as bases o que é que deve ser feito.

FILIPA LEITE⁴

Começo por fazer uma pequena distinção e uma apreciação pessoal sobre a diferença entre ser doente e estar grávida. Acho que são termos completamente opostos, mas preponderantes na decisão sobre quem deve ter um papel decisivo numa gestação e num parto. Deve fazer-se aqui também a distinção entre gravidez de alto risco e gravidez normal, e sobre quem deverá fazer esse acompanhamento.

Eu estou a ser acompanhada nas consultas por uma enfermeira obstetra, mas como ela não pode prescrever, sou assistida pela minha médica de família, no Centro de Saúde, cuja especialidade é clínica geral e com quem não dialogo muito. Muitas vezes, como não tem como responder a diversas questões ligadas à obstetria, eu acabo por esclarecer dúvidas e questões com a enfermeira obstetra. A relação que tenho com a médica desenvolve-se, unicamente, na base da prescrição.

Eu tive a minha primeira filha num parto domiciliar. Nessa altura eu estava completamente condicionada e nunca tinha pensado nessa possibilidade. Entretanto, pensei que não o devia dizer à minha médica, achando que ela não iria entender, pelo que nunca mais apareci no Centro de Saúde. A minha filha nasceu, e como tive um problema de amamentação liguei, com algum receio, à médica de família, que reagiu muito bem ao facto de ter feito o parto no domicílio, embora não tivesse percebido se ela defende o parto em casa ou se se admirou com a minha decisão e coragem.

Relativamente à minha condição de doula, começo por esclarecer que uma doula é uma mulher, embora também possa ser um homem, com experiência em maternidade e que acompanha, ao longo da gravidez, os casais que solicitam apoio. É

⁴ Licenciada em Engenharia do Ambiente pela Universidade Católica do Porto. Em Julho de 2007 teve, por opção, o parto da sua filha no domicílio. Em Fevereiro de 2008 tornou-se doula pela Associação Doulas de Portugal e em Março de 2009 tornou-se Educadora perinatal pela ANDO – Brasil. Nesse mesmo ano esteve particularmente activa no apoio a casais que procuram um parto mais humanizado, quer em contexto hospitalar, quer domiciliar. Encontrava-se no 5.º mês de gestação do segundo filho e preparava novo parto domiciliar.

uma pessoa com alguma formação em saúde obstétrica, mas que não executa actos médicos, apenas presta apoio emocional, explica como se processam algumas alterações psíquicas e físicas que ocorrem durante a gravidez e ajuda em alguns momentos. A doula estabelece uma ligação que, geralmente, não existe com o médico que acompanha a gravidez normal. Tenta recuperar uma ligação que se foi perdendo. Responde às dúvidas que a mãe tem às duas da manhã, por exemplo, tentando encontrar uma solução e acalmando a futura mãe, oferecendo-lhe conforto psicológico e emocional.

Existem estudos que referem que a função da doula é reduzir os níveis de ansiedade, o que proporcionará ao casal e à grávida um parto mais favorável, fazendo-o corresponder, sobretudo, aos desejos da mulher. Nesse sentido, a intervenção de uma doula pode reduzir o recurso a uma cesariana ou a uma epidural. Ou seja, ao proporcionar conforto emocional, contribui para baixar a adrenalina na mãe, ajudando-a a ultrapassar um momento de maior tensão ou de aflição. Para além disso, a doula não assiste só a partos domiciliares, assiste também a partos hospitalares. Eu passei pelas duas experiências e acho que o papel da doula é preponderante no hospital porque as enfermeiras não têm tempo para acorrer a todas as situações. Há noites em que não há enfermeiras suficientes e algumas mulheres precisam de se sentir acompanhadas. Também já assisti a partos que começaram no domicílio e terminaram no hospital.

Não defendo o parto domiciliar como solução, defendo que deveríamos proporcionar condições que ainda não existem, como dar condições às mães para que o parto seja uma boa recordação, que muitas delas não têm. O que acontece é que, muitas vezes, o parto acaba por não ser esse momento único e por isso é que muitas pessoas recorrem ao parto domiciliar. Não devemos descurar a importância do acompanhamento pré-natal e o facto da gravidez dever ser acompanhada por um profissional, mas uma vez definida uma gravidez de baixo risco, não vejo nenhuma objecção para que o parto não possa ocorrer no domicílio.

Fala-se muito de certas ocorrências, como hemorragias, que podem acontecer em casa, mas são situações raras e a probabilidade de acontecerem no domicílio é a mesma de poderem vir a acontecer num hospital. Um estudo muito recente, feito em Inglaterra (o maior estudo feito entre gestantes naquele país), conclui que os riscos associados a um parto domiciliar e a um parto hospitalar são os mesmos, não fazendo distinção entre o risco do parto domiciliar e do parto hospitalar em gravidezes de baixo risco.

Eu ponderei o risco que poderia correr caso fizesse o parto em casa e o acompanhamento que iria ter caso fosse no hospital e cheguei à conclusão que não se

justificava fazer o parto no hospital. Encontrava-me a uma distância de segurança de uma maternidade, no caso de uma possível transferência, e a parteira tinha todo o equipamento de assistência à mãe e ao recém-nascido. Para mim foram condições suficientes e nos partos a que já assisti no domicílio também foram condições suficientes para garantir a segurança da família: pais e bebê.

Em relação aos partos que se iniciaram no domicílio e que terminaram numa transferência para um contexto hospitalar, foi tudo feito de forma muito pacífica. Foram situações em que o parto estacionou e se concluiu que em casa não se poderia fazer mais nada, reconhecendo a necessidade de uma cesariana ou outro tipo de intervenção médica. Portanto, a minha experiência diz-me que a probabilidade de que algo corra mal é alarmista. O meu segundo filho também vai nascer em casa e acho que, com a informação que disponho e com o percurso que fiz, é uma decisão sensata.

ANA RAQUEL MATOS⁵

A minha intervenção incide sobre a controvérsia que, nos últimos anos, se gerou em torno do encerramento de blocos de partos em Portugal, também designado por “encerramento de maternidades”.

A controvérsia teve início com um relatório elaborado por um grupo de peritos, denominado por Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, constituído, sobretudo, por médicos obstetras, pediatras e enfermeiros com especialidade em obstetrícia. Esse relatório tinha sido solicitado pelo Governo no sentido de avaliar os serviços de saúde públicos que realizassem partos e foi entregue ao Ministro da Saúde, António Correia de Campos, a 10 de Março de 2006, altura em que a imprensa concentrou a sua atenção nas sugestões e conclusões aí patentes.

A 14 de Março, quando foi publicado em Diário da República o Despacho Ministerial n.º 7495/2006, que regula a concentração de partos em determinadas unidades de saúde e conseqüente encerramento de outras, a população tomou oficialmente conhecimento da decisão e iniciou uma jornada de protestos contra os anunciados encerramentos.

Parte do trabalho que tenho vindo a desenvolver tenta, assim, perceber por que razão se protestou contra o encerramento de blocos de parto, que argumentos foram evocados nessas manifestações públicas de descontentamento e o que realmente visaram os protestos.

⁵ Investigadora do Centro de Estudos Sociais é, actualmente, bolsreira de doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Ref. SFRH/BD/40971/2007) e integra o programa doutoral do Centro de Estudos Sociais/Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra em "Governança, Conhecimento e Inovação". No seu doutoramento analisa a questão da participação cidadã em contextos públicos de decisão, capacitação e democracia. Tem estudado os movimentos de contestação, a partir do estudo de caso sobre o encerramento de blocos de parto em Portugal em 2006 e 2007, avaliando-os enquanto mecanismo de participação cidadã.

Entre o Despacho Ministerial e o relatório do grupo de peritos que, em parte, o sustentou, identificam-se grandes linhas de consenso. No entanto, uma análise comparativa dos documentos permite verificar que o Governo ignorou a maioria das sugestões patentes no relatório de avaliação dos serviços de saúde materna e neonatal. Desde logo, a principal linha consensual reside nos 1500 partos/ano realizados pelas unidades de saúde que, assim, se mostravam capazes de garantir segurança e a qualidade deste tipo de serviços. Dessa forma, ditou a decisão governamental que os blocos de parto que não cumprissem esse indicador fossem encerrados. Sobre esta decisão, no entanto, o Governo mostrou-se discricionário, já que alguns blocos com menos de 1500 partos/ano não fecharam como, por exemplo, Vila Franca de Xira, Torres Vedras e Cascais, sob o argumento central de que viriam a sobrecarregar as maternidades de Lisboa.

Mas a decisão ministerial, como referido, ignorou outras chamadas de atenção feitas no relatório, nomeadamente a questão do transporte de parturientes que deveria passar a ser feito em segurança e na companhia de profissionais especializados. Sobre este assunto, o Governo afirmou a intenção de proceder a reestruturações, mas sem nunca as ter enunciado ou concretizado. Outro aspecto ignorado prende-se com a questão da participação cidadã na decisão, para a qual os especialistas envolvidos na elaboração do relatório também advertiram, designadamente para a importância de se ouvir a população sobre esta matéria, antecipando cenários de contestação que, aliás, se vieram a concretizar.

No trabalho que tenho vindo a desenvolver identifico duas questões centrais que importam a este debate: a avaliação das ações de protesto enquanto estratégia de participação cidadã nas decisões políticas; a pertinência que pode assumir a relação entre diferentes saberes (especialista e leigo) em espaços públicos de decisão. No caso concreto do encerramento de blocos de parto não se pode, no entanto, falar da existência de diálogo entre as diferentes partes envolvidas na controvérsia, pelo que, sobre este processo de tomada de decisão, não faz sentido falar de “diálogo de saberes”. No âmbito desta controvérsia, os protestos que foram sendo desencadeados não potenciaram oportunidades de diálogo capazes de reverter a decisão tomada, nem sequer parcialmente.

A população entendeu, assim, que a medida de requalificação das salas de parto baseada na relação número de partos/ano, que justificaria a garantia de qualidade e eficácia dos serviços a prestar, apenas mascarou a firme intenção governamental de proceder a cortes orçamentais, ou como foi muitas vezes classificada, foi uma “medida economicista”.

Para terminar, uma resposta à questão central colocada a debate: “onde, como e a quem compete fazer nascer?” A partir desta controvérsia começo pela resposta à questão “onde?” e a resposta é: em função da opção de cada mulher, de cada casal, mas fazendo recair sempre na decisão a liberdade de escolha pelo local onde quer que o parto se realize, pelo que deve ter ao seu dispor alternativas seguras, próximas, para que possa efectivamente optar. Inaceitável será se se vier a confirmar que o aumento de nascimentos em contexto extra-hospitalar é consequência do encerramento de blocos de parto.

Em relação à questão “como fazer nascer?” importa aqui apelar às linhas centrais do debate em torno da humanização do parto, argumentando que se deve nascer, sempre, de forma humanizada. Nesse sentido, assistimos hoje a uma onda de propostas de humanização que atravessa o sistema de saúde e que vai da humanização do parto, dos cuidados paliativos, dos cuidados de enfermagem aos cuidados a prestar a pessoas dependentes, etc.. Considera-se, apesar disso, estarmos perante um uso muito restrito do conceito “humanizar”, já que se limita aos cuidados de saúde e respectivos profissionais. Torna-se prioritário, portanto, que a humanização alastre a outras instâncias e que se debata e promova também a necessidade de humanizar o próprio Estado, o Governo, ou seja, as instâncias de decisão e todos os que nela estão implicados. A humanização, no caso concreto, implica respeito pela mulher, pela sua vontade, mas importa não esquecer que é necessário existirem condições para que cada mulher possa fazer opções seguras nesse domínio e essas dependem, em grande medida, daqueles/as que tomam decisões sobre políticas de saúde.

“A quem compete fazer nascer?” Pois, a quem garantir a realização de um parto em segurança.

RITA CORREIA⁶

Começo por dizer que as questões do parto são muito complexas e será muito difícil sairmos daqui com uma resposta concreta sobre a questão “onde, como e a quem compete fazer nascer?”

Temos que perceber que, do ponto de vista simbólico ou social, o parto está associado ao nascimento e à morte e que, portanto, são coisas que mexem profundamente com as pessoas, com as sociedades, com todos os intervenientes, desde a família ao médico. É muito mais fácil, hoje, salvar um grande número de vidas, mas é impossível salvar todas as vidas! Agora, não serem salvas por não se utilizar a tecnologia adequada ou disponível, certamente é negativo e ninguém defende isso. Quanto ao risco zero associado ao parto e essa visão hermética de que no hospital vai correr tudo bem porque está tudo à disposição, sobre isso queria adiantar que não é assim tão linear. E qual é o cenário hoje em dia?

A medicina, como o Doutor Strecht Monteiro referiu, sofreu várias evoluções nos últimos 40 anos. No último século a medicina transformou-se radicalmente, desde a tecnologia que tem sido posta à sua disposição, até ao papel do próprio médico. Sou muito solidária, de certa forma, com os médicos, apesar de muitas pessoas pensarem que assim não é. Há quem pense que a questão da Associação Portuguesa pela Humanização do Parto (HUMPAR), ou a questão dos partos em casa é uma luta contra ou a favor, embora assim não seja.

Hoje em dia há uma pressão muito grande, a nível criminal, a nível judicial em relação aos procedimentos médicos. E aquilo a que assistimos, principalmente na

⁶ É licenciada em Antropologia e trabalha, actualmente, como funcionária forense num escritório de advogados em Santarém. Em 2005 fez formação de doula pela Associação Doulas de Portugal. Activista dos direitos das mulheres, nutre igualmente um interesse profundo pelo nascimento humano. É, desde Dezembro de 2009, Presidente da Associação Portuguesa pela Humanização do Parto (HUMPAR) com quem colabora activamente desde o início da sua fundação. Representa a associação em vários projectos pluridisciplinares, nomeadamente no “Movimento Nascer Melhor” e no projecto “Pelo direito ao parto normal – Uma visão partilhada”.

obstetrícia (e não sou eu que o digo, são vários especialistas), é a uma medicina preventiva, em que o próprio médico se resguarda e utiliza toda a tecnologia que tem ao seu dispor para evitar ser alvo de alguma prossecução judicial, para evitar que, posteriormente, lhe seja dito que poderia ter feito isto ou aquilo, mas não fez.

Mas também temos de ver que a medicina já não está tão assente no paciente, no olhar o paciente, no perceber as pessoas, ver as pessoas como um todo, mas está muito mecanizada, muito burocrática e muito descentrada das suas questões essenciais.

Há vários vídeos internacionais sobre esta temática do parto humanizado que são irónicos ao ponto de mostrar o médico que entra na sala de partos e que nem sequer olha para a mulher que tem na cama de parto. Entra, olha para o monitor, olha para os traçados cardiotocográficos e nunca olha para a cara daquela mulher, nunca a olha nos olhos, não lhe toca. Portanto, há essa desumanização efectiva nos serviços, sem dúvida. E penso que todos nós podemos observar isso em qualquer área da saúde.

Para a HUMPAR, humanizar significa humanizar a situação do parto. A humanização, como a Dra. Ana Raquel Matos estava a dizer e muito bem, também tem a ver com responsabilização, mas passa também por se perceber que os médicos são pessoas que têm as suas emoções e que os pacientes não são só pacientes. As mulheres são mulheres grávidas que precisam de apoio e atenção.

Quando falamos de parto domiciliário dizemos, em contraponto, que há 40 anos se morria muito mais em Portugal; que havia muitas mulheres que sofriam sequelas para toda a vida decorrentes do parto. Muitas morriam por falta de assistência e muitas crianças ficavam com problemas para o resto da vida, com paralisias cerebrais, etc., consequência de mau atendimento ao parto. Voltar atrás seria uma irresponsabilidade e seria um retrocesso relativamente a tudo aquilo que se conseguiu em 30 anos de Serviço Nacional de Saúde e de cuidados materno-infantis.

Não me parece que a questão possa ser posta tão linearmente, porque o Portugal de há 40 anos não é o Portugal que temos hoje em dia! Os próprios recursos que agora existem, não existiam antes. Há 40 anos a maioria dos partos acontecia no domicílio. Só uma pequena franja da sociedade é que tinha acesso a cuidados de saúde no hospital e a pagar. O parto em casa era assistido por “curiosas”, as chamadas parteiras.

Hoje está a recuperar-se a figura da parteira, em Portugal, mas no sentido de ser um profissional de saúde qualificado, um enfermeiro com especialidade em obstetrícia. Contudo, na altura, as histórias que nós conhecemos são da parteira analfabeta, da parteira que também era a merceira da aldeia, da parteira que era a tia curiosa. Obviamente, nós não queremos voltar a esse passado, de certa forma, medieval.

Hoje, temos profissionais de saúde qualificados. Portanto, não podemos comparar a maneira como se assiste a um parto no domicílio com o que acontecia há 40 anos.

Por outro lado, as próprias mulheres estão muito mais informadas. As questões da educação, da higiene e da educação para a saúde, que são fundamentais, já não são as mesmas. E não nos podemos cingir só a uma comparação linear com o que acontecia.

Hoje em dia não temos porque não pensar, porque não ouvir e reflectir sobre outras maneiras de nascer. Porque há muitas pessoas que optam por um parto domiciliário, como a Dra. Ana estava a dizer, provavelmente, como consequência do encerramento de algumas maternidades. Há hoje muita gente que escolhe um parto domiciliar, sem perceber muito bem o que está a escolher, mas, acima de tudo, porque não se revê no sistema de saúde e não se revê na maneira como é tratada nos hospitais.

O que o Doutor Strecht Monteiro disse em relação à deambulação, por exemplo, não é uma realidade na esmagadora maioria dos nossos hospitais e não é só o aspecto formal de deambular, do estar a passear. Isso é um pequeno aspecto que vai interferir com toda a dinâmica e com toda a fisiologia do parto e também com as questões do alívio da dor, com a questão da mulher poder lidar com o seu trabalho de parto. Portanto, não é isso a que assistimos. Não vemos salas de parto acolhedoras e com ambiente arquitectónico semelhante ao de casa, como vemos noutros países europeus. Não vemos profissionais motivados e abertos ao diálogo com a mulher, fazendo-a perceber quais são as suas motivações, o que é que ela quer para o seu parto, de que maneira é que ela pode cooperar. Porque se todos cooperarem, certamente, as coisas vão fluir de uma forma muito mais produtiva. Há muita gente que vê o hospital como um ambiente hostil e acaba por escolher o parto domiciliar.

A maioria das pessoas que escolhe um parto domiciliar, hoje em dia, são pessoas extremamente responsáveis, que ponderaram muito bem a sua decisão, que não vão ter um parto domiciliar por ignorância. Passa muito por saberem o que desejam para si, para o nascimento dos seus filhos, para a constituição da sua família.

“Onde, como e a quem compete fazer nascer?” A um especialista. Uma enfermeira obstetra num parto de baixo risco, porque é assim que o modelo deve funcionar e funciona um pouco por toda a Europa. Os médicos devem reconhecer que as enfermeiras especialistas têm competência para atender um parto normal de uma gravidez de baixo risco e reencaminhar, ao mínimo sinal de risco, para outros especialistas, à semelhança do que se faz noutros países da Europa.

“Onde?” Onde se reúnam as condições necessárias para que o parto ocorra com tranquilidade e segurança. E essas condições talvez possam existir em casa, se

houver uma rede de transferência eficaz, se os profissionais que atendem os partos domiciliares estiverem cientes do seu papel e dos limites da sua acção.

Há outra coisa muito complicada que, enquanto Presidente da HUMPARG, me preocupa bastante, que é fechar os olhos a uma situação que acontece com frequência, quando uma grávida diz ao seu médico assistente que quer ter um parto em casa e este começa a ralhar com ela como se fosse uma criança. Não é nada produtivo, a longo prazo, porque as pessoas afastam-se do sistema de saúde já que as situações ficam pouco claras, e tudo isto tem uma aura de clandestino, de ilegal, que se esconde. Quantas pessoas têm partos em casa e nem sequer contaram à família? Organizam-se clandestinamente nesse sentido, como se tivessem medo da repreensão. Isto não é uma maneira de se tratar este problema. Porque quem quiser o parto em casa vai tê-lo e nós não sabemos em que condições, nem com que profissional é que vai acontecer.

Acho que é muito produtivo começar por estabelecer este tipo de diálogo. Perceber e ver, efectivamente, qual é o papel das enfermeiras especialistas neste paradigma do atendimento ao parto e não fechar a porta. Obviamente, eu compreendo, não há sistemas de referência eficazes em Portugal. Agora, se me falarem de um bebé nascer numa ambulância ou num táxi, numa estrada cheia de curvas, ou nascer no sossego da sua casa, com uma enfermeira especialista, digo que é melhor que esteja a nascer em casa com a assistência de um profissional de saúde do que num carro.

Quando se diz que nascer em casa é um risco muito grande, é-o efectivamente! Mas eu comecei a minha intervenção dizendo que “nascer é um risco”, sempre, para a mãe e para o bebé. A grande maioria da população portuguesa ainda nasceu em casa e também há muitos que morreram. E há muitas mulheres que ficaram traumatizadas para o resto da vida, mas creio que é uma situação que a actual tecnologia e saberes da medicina podem ajudar a diminuir. Gostaria de salientar a necessidade de diálogo e que não há fórmulas correctas e que a forma como se nasce hoje em dia nos hospitais portugueses está longe de ser a ideal e está longe de ter comparação com os outros países da Europa.

Em relação ao encerramento das maternidades, em termos orçamentais e governamentais, talvez se pudesse ter aproveitado essas maternidades para fazer centros de atendimento a partos de baixo risco, à semelhança do que acontece por toda a Europa. Centros de Nascimento devidamente inseridos nas suas competências e sistemas de transferência.

Acima de tudo, acho que o hospital, dada esta noção de clandestinidade do parto em casa, e sendo onde nasce a grande maioria das pessoas, deve merecer a nossa

atenção no sentido de melhorar o atendimento. Não é dizer: «Vamos deixar de nascer no hospital e vamos todos nascer em casa». De maneira nenhuma! Vamos melhorar o atendimento nos hospitais para que as pessoas se sintam bem-vindas e não tenham necessidade de estar a fugir do sistema de saúde. E aqueles que querem mesmo ter um parto domiciliar, não é correcto virar-lhes a cara; não é correcto o sistema de saúde ignorá-los e tratar essas mulheres como criminosas. Deve ouvi-las e respeitá-las.

ISABEL SAMPAIO⁷

Este debate aborda um assunto tão importante, profundo, mítico e tão controverso como é o acto de “fazer nascer”.

Pegando na questão “onde, como e a quem compete fazer nascer?”, gostaria de começar lendo duas notícias. Uma delas diz assim: “Partos em casa voltam a estar na moda” (*Tribuna Médica Press*, de 22 de Abril de 2009). E afirma: “Antes do 25 de Abril nascia-se em casa por falta de meios e alternativas e morria-se muito à nascença. Hoje, há cada vez mais mulheres a optarem pelo parto no domicílio contra a vontade dos médicos. Todos os anos cerca de 500 fazem-no. Daniel Pereira da Silva, da Sociedade Portuguesa de Ginecologia-Obstetrícia explica que o parto em casa é arriscado, em Portugal, por não existir uma rede de suporte a estas práticas domiciliárias como há na Holanda.” E diz mais: “Temos medo das consequências que possam surgir com o aumento dos partos no domicílio”.

A outra notícia, do *Diário de Notícias* de 3 de Dezembro de 2009, tem por título: “Um terço dos partos evolui para situações de risco. Cerca de 32% dos partos que começam por ser de baixo risco acabam por ter complicações e evoluir para uma situação perigosa. A conclusão é de um estudo realizado este ano no serviço de obstetrícia do Hospital de Santa Maria de Lisboa. O médico defende que estes dados mostram como é importante o parto ser feito no hospital. O director de serviço de obstetrícia do Hospital de Santa Maria admite que as mulheres possam escolher um parto não medicalizado, sem anestesia, mas realça a importância de ser feito num local onde, em segundos, se possa ter acesso ao equipamento e pessoal especializado para resolver complicações. Luís Graça considera ainda que o número de partos realizados em casa revela uma tendência perigosa e é um retrocesso civilizacional. Nos últimos anos, o número de partos no domicílio passou de 579, em

⁷ Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica e enfermeira chefe do bloco de partos do Hospital de São Teotónio, em Viseu. É membro do Conselho Nacional do Centro da Ordem dos Enfermeiros.

2004, para, em 2007, 1012 partos. Portanto, verificamos que o número de partos em casa está a aumentar. Em 2005 foram registados 511 e em 2007 foram registados 1012 partos. É na região de Lisboa e Vale do Tejo que existe maior número de nascimentos, seguido da zona Norte e Centro. Mas é na zona de Lisboa que o parto domiciliar tem maior qualidade de assistência, porque envolve médico e enfermeiro, às vezes, só médico ou só enfermeiro, ou às vezes os dois”.

Esta é uma questão que me preocupa há já algum tempo. E não é tanto a questão do parto no domicílio que me preocupa, mas o aumento da procura dos partos no domicílio. Há uma questão que deve ser colocada: o que é que leva os casais a optar pelos partos em casa? Há estudos efectuados que nos dão as seguintes respostas: o ambiente em casa é íntimo e acolhedor; os casais sentem-se mais confortáveis na sua casa, com a sua família; há liberdade de movimentos e de posições de parto; há liberdade de comer e beber durante o trabalho de parto; há possibilidade de recorrer a massagens e a banhos para o alívio da dor; há possibilidade de decidir quem assiste ao parto; os casais têm a liberdade de optar pela não realização de um conjunto de rotinas (clisteres de limpezas, tricotocomias, etc.); há liberdade para optar pela não utilização de medicamentos; de poder pegar no seu bebé em primeiro lugar; amamentar sem pressas ou sem regras a cumprir. O que nos leva a concluir que estas mulheres defendem que o bebé deve nascer quando quiser, sem imposição de horários, sem ser forçado por medicamentos nem actos cirúrgicos. Nasce ao seu ritmo e ao ritmo da sua mãe.

Ao analisarmos as Recomendações da Organização Mundial de Saúde para um parto normal, que datam de 1996, verificamos que o ambiente em que a mulher se encontra durante a dilatação e o parto influencia a sua evolução; o ambiente desconhecido, com muitos equipamentos técnicos é gerador de ansiedade, medo e receios; a liberdade de movimentos, nomeadamente a posição vertical, permite que o útero se contraia com maior eficácia, que o fluxo sanguíneo que chega ao bebé seja mais abundante, a parturiente sinta menos dor e que leva, obrigatoriamente, à diminuição da necessidade de analgesia; também permite que haja uma diminuição das alterações do padrão da frequência cardíaca fetal e que o trabalho de parto se torne mais curto.

Sabemos também que não existe evidência científica para manter o jejum da parturiente por rotina e que a utilização de água quente durante o período de dilatação aumenta o relaxamento, melhora a perfusão uterina, encurta o primeiro período de trabalho de parto, aumenta a sensação de controlo da dor e reduz a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas. Sabemos ainda que o contacto pele a pele, recém-nascido/mãe, através dos estímulos sensoriais é um potente estimulante da

libertação de oxitocina materna que, por sua vez, produz o incremento do aquecimento das mamas que, por sua vez, produz calor ao recém-nascido. Então, afinal, o que é que pretendem estes casais?

Tão e somente ter direito à possibilidade de um parto normal. E agora, porque até já ouvimos falar aqui em Centros de Nascimento, e porque também já existem no nosso país — Clínicas de Parto, Casas de Parto — uma pergunta se impõe: que diferença haverá entre os Centros de Nascimento e os blocos de parto dos nossos hospitais?

Trabalho num bloco de partos de um hospital há 25 anos. Num bloco de partos existe uma grande quantidade de equipamento técnico e é pouco confortável; nos Centros de Nascimento o ambiente é mais confortável para a parturiente e para o acompanhante. Num bloco de partos as dotações de profissionais são desequilibradas; num Centro de Nascimento as dotações de pessoal especializado são adequadas e, normalmente, o rácio é de um para um ou de um para dois. Nos blocos de partos a filosofia dos cuidados está centrada nos interesses dos profissionais e nos Centros de Nascimento a filosofia está centrada nas necessidades das parturientes. Nos blocos de parto as parturientes são consideradas em situação de doença; nos Centros de Nascimento há uma elevada individualização dos cuidados, a situação de saúde é diferente da situação de doença.

Estou a falar de uma forma geral, é evidente, porque há blocos de parto nos quais as coisas são um pouco diferentes, mas domina a mesma filosofia e é por isso que se colocam estes problemas.

O número de partos no domicílio está a aumentar e essa é uma realidade que não podemos negar. Defendo que é premente fazer algo. Não adianta ficar à espera, citando uma das notícias, “com medo das consequências que possam surgir com o aumento dos partos no domicílio”. Temos de dar resposta a estes casais. É urgente que a autoridade da ciência tome as medidas necessárias para a implementação nos nossos hospitais das recomendações da Organização Mundial de Saúde para o parto normal: cuidar como normal o que é normal e tratar como patológico os desvios do normal.

Para finalizar permitam-me a leitura de um testemunho de uma parturiente. Esta é uma carta de dia 9 de Janeiro:

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de São Teotónio de Viseu [local onde exerço a minha profissão]. O nascimento de um filho é um momento mágico que deve ficar na nossa memória como algo positivo, que nos traz boas recordações. Durante a gravidez informei-me sobre o

parto e cedo percebi que queria um parto o mais natural possível, em que a minha vontade fosse respeitada, sem intervenções médicas desnecessárias. Como tive ruptura de membranas, não pude fazer a primeira parte do trabalho de parto em casa, como gostaria, e foi contrariada que me dirigi ao hospital, pois achei que iriam obrigar-me a ficar confinada à cama sem possibilidade de adoptar outras posições que me aliviassem no momento das contracções. No entanto, a equipa que me acompanhou teve sempre em linha de conta os meus desejos e, nesse sentido, pude assumir as posições que me eram mais favoráveis, tomar um duche, beber um chá e não tive qualquer tipo de intervenção desnecessária durante o período de dilatação. Foi-me permitido ter sempre o apoio do meu marido, que para mim foi fundamental. E posso dizer que ele não assistiu simplesmente ao nascimento da nossa filha, participou, foi voz activa e se não sentiu as dores do parto sentiu, com certeza, a impotência de me ver sofrer e nada poder fazer. Considero muito importante que, num momento tão único como é o dia em que nos tornamos pais e mães, os profissionais de saúde que nos ajudam nesta caminhada tenham sensibilidade para perceber os nossos medos, tenham humildade para tentar corresponder aos nossos desejos e fazer da experiência do parto um momento feliz. Nesse sentido, faço questão de deixar aqui o meu testemunho e um agradecimento à enfermeira x e à auxiliar y, que me acompanharam durante o trabalho de parto, à enfermeira z pela forma atenciosa como me recebeu e mostrou as instalações do bloco de partos e deu resposta a todos os meus medos e angústias. E muito especialmente um agradecimento ao enfermeiro w que com a sua calma, serenidade, me ajudou a trazer ao mundo a minha filha.

Obrigada pela forma como permitiram que o meu parto fosse tudo aquilo que eu desejei. O dia 9 de Janeiro foi o dia mais feliz da minha vida.

O meu obrigado a todos por o terem tornado possível.

SILVINA QUEIROZ⁸

Eu estive muito empenhada no movimento cívico na Figueira da Foz, numa intervenção cidadã levada a cabo aquando da questão do encerramento da maternidade desta cidade. Nós desconfiávamos já daquela medida. Para nós era uma ameaça e, curiosamente, no primeiro trimestre de 2007, a equipa da maternidade do Hospital Distrital foi premiada pelas boas práticas e pelas práticas inovadoras no contacto com a futura parturiente e sua família e práticas de acompanhamento da gravidez. Uma semana depois foi decretado o encerramento do bloco de partos do Hospital Distrital da Figueira da Foz.

A população rapidamente se manifestou contra esta maldade que é, de facto, absolutamente caciquista e que corresponde ao peso político da cidade da Figueira da Foz. Promovemos uma marcha no Dia da Mãe, uma marcha branca que foi até à Câmara Municipal. Entretanto, foram sendo recolhidas assinaturas para um abaixo-assinado que foi entregue formalmente no mês de Outubro de 2007 ao, então, Presidente da Administração Regional de Saúde.

Numa curta entrevista que tivemos com ele, apresentámos a nossa contestação, as nossas razões, o nosso grande pesar por aquela ameaça se estar a tornar tão definitiva. O Presidente da Administração Regional de Saúde disse-nos que há uns anos atrás — e reportava-se há 50 anos atrás — havia muita gente a nascer em casa de tal maneira que todas as aldeias tinham direito ao seu “lerdo”. Não havia, portanto, nenhum sítio que não tivesse direito a um “lerdo” por via de um fraco atendimento no momento do parto. Referiu ainda que o encerramento da maternidade se devia ao facto de estarem a centralizar em defesa da qualidade e da melhoria dos serviços e porque tinham um relatório de peritos que apontava nessa direcção.

⁸ Membro do movimento cívico “Nascer na Figueira”, criado no âmbito do encerramento da maternidade local, em 2006. Professora e dirigente do Sindicato de Professores da Região Centro e da União de Sindicatos da Figueira da Foz.

Esse relatório de peritos, que foi dado a conhecer ao grande público no dia 10 de Março de 2006, teve as consequências já referidas. Agora há um novo estudo da Entidade Reguladora da Saúde que maquilha, de uma maneira que eu considero fabulosa, o facto de se terem mantido determinadas portas abertas, nomeadamente Centros de Nascimento privados. Esse estudo aponta para as pechas de 24 maternidades privadas, mas nada resulta daí.

A principal pedra de toque do encerramento da maternidade da Figueira da Foz e de outras maternidades foi o facto de não realizarem, anualmente, 1500 partos. As maternidades privadas mantêm-se de porta aberta e o que lhes é “exigido” é que tenham 150 partos anuais. Algumas não realizam, nem realizavam, 150 partos em 2006, 2007 ou em 2008, mas continuam abertas. Cento e cinquenta partos são 10% daquilo que foi exigido às maternidades públicas, aos hospitais públicos.

Entretanto, o que é que aconteceu desde o encerramento da maternidade da Figueira da Foz? Doze crianças nasceram na auto-estrada. Não sei se foi na curva, se foi na recta, mas foi na auto-estrada!

Sou muito sensível à liberdade de escolha, desde que essa liberdade não implique atropelos. A liberdade é um valor inalienável — eu não quero abrir mão da minha e não quero que os outros o façam —, mas tenho muito medo do parto domiciliar porque há coisas que são irreversíveis.

O nascimento tem que acontecer numa instituição que esteja devidamente acreditada e credenciada. Uma acreditação e credenciação que não decorram de maquilhagens, mas da observação concreta das condições e do pessoal. Isto foi o que aconteceu no Hospital Distrital da Figueira Foz, em Março de 2007, uma observação objectiva das suas condições e do seu pessoal e da sua formação.

“Como nascer?” No hospital, para tranquilidade das famílias, com o apoio de pessoal altamente credenciado e qualificado e em condições físicas que têm de ser as exigíveis e as desejáveis. Não podemos ficar por mínimos, porque em saúde e em educação não podemos ficar pelos mínimos, temos que exigir aquilo a que temos direito.

“A quem compete fazer nascer?” A primeira palavra é das famílias, mas depois o acto médico, o acto técnico, é irrelevante que seja um médico obstetra ou que seja uma enfermeira especialista, tem é que ser de modo a que não haja nenhum perigo para o nascituro e para a sua mãe. Uma das coisas que me continua a chocar é o argumento de que os médicos em maternidades que não realizavam os tais 1500 partos perderiam a mão. Eu acho que o que se perde mais vezes é a cabeça com esta senda de encerramentos de serviços públicos e de serviços de proximidade. Há outra coisa, ainda, que me choca: o pouco respeito que há pela intervenção cidadã. Quando

fez um ano do encerramento da maternidade do Hospital Distrital, o movimento cívico “Nascer na Figueira” colocou um grande cartaz na A14. Era visível quando se saía da cidade e se apanhava a A14 para Coimbra. O Presidente da Câmara da altura, quando foi questionado sobre o cartaz — que tinha um bebé a nascer e dizia: “um ano da maternidade A14” — respondeu: “Eu não o vi. Eu não o vi porque vivo em Coimbra e quando vou para a Figueira da Foz, vou de costas, e quando venho já é de noite e não o vejo”. Esta falta de respeito pela opinião, pelo sentir, pela emoção, pelo querer, pela vontade das populações e pela intervenção cidadã é uma coisa que eu acho que não devemos e não podemos tolerar.

DANIEL NEVES⁹

Tive oportunidade de acompanhar as riquíssimas intervenções e surgiu-me um conjunto de questões que me parecem centrais nesta discussão.

Em primeiro lugar, a questão da escolha, não apenas enquanto possibilidade de fazer uma escolha informada e responsável, mas também de poder influir e ter capacidade de intervenção no processo. Esta questão remete para o debate em torno das condições que tornem possível a efectivação das escolhas, pois a liberdade de opção é uma liberdade imanente, condicionada às opções possíveis. Esta questão ganha relevância quando o debate em torno da escolha do parto se coloca principalmente na interacção com os sistemas de saúde e com o dispositivo biomédico em que se funda. Neste sentido, e fazendo uso de alguns dos resultados que temos observado no projecto EPOKS¹⁰ — onde tentamos acompanhar alguns movimentos pela humanização, desmedicalização ou a naturalização do parto em Portugal, analisando as suas exigências e aquilo que propõem —, surge aqui a reivindicação por uma redefinição daquilo que são os compromissos e as responsabilidades públicas dos sistemas de saúde quanto aos direitos de acompanhamento durante a gravidez e de assistência no parto.

⁹ Licenciado e mestre em Sociologia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. É, desde 2007, investigador Júnior no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Os seus interesses de investigação prendem-se com as relações entre saúde e democracia através da análise de mecanismos de participação cidadã na definição de políticas públicas de saúde como o caso do Sistema Único de Saúde no Brasil e da institucionalização dos Conselhos de Saúde.

¹⁰ Projecto coordenado pelo Centre de Sociologie de l'Innovation de l'École Nationale Supérieure des Mines (França) e no qual participam o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, a Universidade de Cork (Irlanda) e as Universidades de Lancaster e Durham (Reino Unido) com o objectivo de analisar a contribuição das associações de doentes para a produção de conhecimento e a sua governação através de uma abordagem comparativa de quatro situações/condições de saúde e das organizações a elas ligadas (doenças raras e/ou órfãs; humanização do parto; doença de Alzheimer; e Déficit de Atenção e Hiperactividade). Mais informações em <http://www.ces.uc.pt/nucleos/neces/pages/pt/projectos/em-curso/--european-patient-organizations-in-knowledge-society-epoks.php>

Nesse sentido, uma questão que poderia ser colocada na esfera íntima e pessoal é traduzida enquanto questão pública, de debate político que exige, em primeiro lugar, uma redefinição dos compromissos e das responsabilidades públicas dos sistemas de saúde quanto aos direitos de acompanhamento durante a gravidez e de assistência no parto, tanto do bebê como da mãe e, desse modo, uma redefinição, também, da construção jurídica e política de ambos.

Em segundo lugar, parece estar subjacente uma proposta política de reorganização dos próprios serviços de obstetrícia, dos blocos de parto, com a exigência da criação de alternativas dentro ou fora dos serviços que tenham um enquadramento jurídico e profissional. Se também pode haver partos no domicílio ou se é, sequer, aceitável que nasça alguém numa auto-estrada. Este ponto levanta ainda a questão da reorganização das competências profissionais, do reconhecimento dessas competências e das formas de conhecimento e práticas envolvidas e da sua validação e certificação.

Há uma terceira questão relacionada com o risco e a avaliação do risco durante a gravidez e durante o parto, estando esta, por seu lado, relacionada com a escolha entre os vários procedimentos e tecnologias. Uma piscina para o parto dentro de água ou toda uma panóplia tecnológica que temos dentro de um bloco de operações? De que modo o dispositivo tecnológico biomédico não é ele mesmo criador de situações de risco? O parto é, em si, uma situação de risco?

Estamos, neste ponto, perante uma discussão em torno dos procedimentos (preventivos, dirão uns, invasivos, dirão outros) que são mobilizados (farmacológicos, tecnológicos, etc.). A definição do parto como situação de risco, da mãe e do nascituro como pacientes distintos, ou como uma situação biológica dinâmica e natural. Neste sentido, parece-me que estamos perante uma controvérsia em torno de modelos eficazes de fazer nascer e sobre o que é considerado eficaz, seguro, e como se calcula e define o risco associado. Se um apresenta como argumento para sua defesa e legitimação a redução das taxas de mortalidade infantil, o outro reclama que este faz aumentar as taxas de morbilidade, de sequelas permanentes infligidas no processo, tanto na parturiente como no recém-nascido, assumindo que um modelo eficaz de fazer nascer tem, obrigatoriamente, de produzir uma redução simultânea das taxas de mortalidade e morbilidade, de potenciar conforto, bem-estar e intimidade à parturiente.

Um ponto central a destacar e transversal a esta discussão é a tradução e generalização da experiência da gravidez e do parto enquanto experiência íntima, corporal, da esfera privada, para uma questão pública e de interesse colectivo. Deste modo, na experiência da gravidez e do parto enquanto experiência do corpo, de corpos, verificamos a existência de uma fronteira algo porosa do parto entre a sua

dimensão pública, onde temos hospitais, médicos, parturientes e doulas e a dimensão íntima e do encanto da experiência em si. Parece, assim, haver uma tensão entre uma visão do parto como um momento especial para as pessoas envolvidas, como uma situação de conforto e a experiência sentida na interação com os serviços de saúde de violência, não apenas simbólica, mas material sobre os corpos. Esta é uma discussão que liga a experiência individual do corpo e da gravidez e do parto à dimensão biopolítica de governação dos corpos, mas também à governação dos sistemas de saúde, da sua dimensão das responsabilidades sociais que assume, na distribuição dos recursos, na formação académica de profissionais com as competências reconhecidas como relevantes.

ISABEL MARGARIDA MENDES¹¹

O tema aqui em debate toca-me enquanto cidadã, mulher, mãe, enfermeira obstetra e como professora responsável pela formação, no âmbito da área de enfermagem, de saúde materna e obstétrica. A questão do parto diz respeito à mulher, ao nascituro, à família, à sociedade e a todos nós. Portanto, devem existir todas as condições para que, conforme é mencionado no Plano Nacional de Saúde de 2004-2010, “se reveja um nascer com saúde”. Neste âmbito, sublinho desse plano o delineamento de objectivos, estratégias e intervenções determinantes para a melhoria dos cuidados, desde o período pré-concepcional até ao período pós-natal. Aliás, um dos objectivos desse plano a nível nacional seria melhorar os indicadores no período perinatal.

No que diz respeito à temática aqui em discussão, gostaria de sublinhar que a realidade portuguesa, em quatro décadas, teve uma melhoria significativa da assistência materno-infantil, com a criação das redes de referência dos cuidados materno-infantis, com a diminuição acentuadíssima, felizmente, da mortalidade infantil e também materna. Efectivamente, houve uma melhoria de condições e na garantia que essas mesmas condições existissem face às necessidades numa fase delicada e frágil do ciclo vital da família.

É importante referir o papel determinante das comissões criadas a nível nacional, de Saúde Materno-Infantil, denominada, em 2006, Comissão de Saúde Materna-Neonatal e, a partir destas comissões, a criação de redes de referência e o seu papel de articulação entre as instituições e Hospitais de Apoio Perinatal e também a ligação às Unidades Coordenadoras Funcionais, a ligação aos Cuidados de Saúde Primários e a ligação às Instituições de Saúde de Cuidados de Saúde Diferenciados.

¹¹ Professora-coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Doutorada em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto. No âmbito da investigação científica, a sua área de interesse inscreve-se no domínio da maternidade/paternidade, no sentido de compreender os processos de ajustamento por que passam ambos os pais para uma prática do cuidar, integradora e eficaz, no contexto do ciclo vital da família, desde o período concepcional até ao pós-parto.

O meu papel aqui não está isento, obviamente, das funções que exerço. Na actualidade, tenho como responsabilidade a formação quer ao nível da licenciatura, quer ao nível da formação de especialização de enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Ao nível da União Europeia esta formação está consignada à profissão de parteira e já agora, não poderia deixar de sublinhar que a profissão de parteira, no decurso histórico português, teve outra conotação. Nós não podemos esquecer um passado recente de “curiosas”, do que era entendido como “parteira” mas, em termos internacionais, o termo correcto é *midwife*, que em português é traduzido para o termo parteira. No entanto, também há a designação de enfermeiro obstetra.

Na formação, obviamente, nós devemos consignar aquilo que são as funções inerentes ao enfermeiro/a obstetra/parteira, desde as orientações/intervenções sobre a vigilância da mulher no pré-concepcional, gravidez, trabalho de parto e parto até ao pós-natal de baixo, médio e alto risco, atendendo ao trabalho de equipa interdisciplinar.

“Onde, como e a quem compete fazer nascer?” A Isabel Sampaio deixou aqui informação válida em termos do que são os dados relativos ao referenciado parto domiciliário. Mas reparem, este parto no domicílio não ocorre num contexto que existia há uns 40 anos atrás. Estes partos domiciliários são partos em que o casal tem condições económicas e estão devidamente informados sobre os possíveis riscos envolvidos e, como tal, tomam a sua decisão.

Tendo em conta tudo o que foi dito, por um lado, tendo presente, o risco, porque 30% daquilo que é considerado de situação de baixo risco no decorrer da evolução do trabalho de parto pode transformar-se num parto de risco e aqui vem sempre à minha mente não só o risco de vida da mãe, mas também do nascituro, ou dos dois! Por outro lado, pensando na possibilidade de uma “reinvenção” sempre com o intuito do equilíbrio existente entre o que é o saber da autoridade da ciência e aquilo que é a vontade do senso comum das famílias. Mesmo assim, a minha posição em relação a: “onde, como e a quem compete fazer nascer?” é de que compete a quem tem formação para tal. E o nosso país tem profissionais competentes, quer médicos obstetras, quer enfermeiros com especialização em saúde materna e obstetrícia.

No contexto nacional considero que o parto deve ocorrer num ambiente hospitalar com suporte de tecnologia adequado a toda e qualquer situação classificada de baixo, médio e alto risco e o pós-parto com uma alta precoce planeada. E ainda, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, que haja de forma sistemática, a implementação da visita domiciliária à família no pós-parto, que em termos legislativos consta já na Lei 4/84, de 5 de Abril, e da Lei 142/99, de 31 de Agosto e do Programa-tipo de Actuação proposto pela Direcção-Geral de Saúde que data de 1993, de forma a que ocorra uma

prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistémica de suporte técnico e relacional junto da mulher e respectiva família neste período sensível do seu ciclo vital.

PEDRO LOPES FERREIRA¹²

A minha intervenção estrutura-se em três tópicos: o primeiro tem a ver com os prós e os contras de nascer em casa; o segundo aborda o bem-estar da mulher no pós-parto e o que designo por aspecto “relaxante”; o terceiro é o estranho êxito dos indicadores materno-infantis em Portugal, e “estranho” porque são exceção num ambiente em que escasseia a boa governação.

Em relação àqueles e àquelas que vêem o parto em casa associado a desvantagens – e porque foi talvez este o aspecto menos abordado – importa para a discussão mencionar a importância da necessidade da existência de recursos para se realizar, por exemplo, uma cesariana, a utilização de fórceps ou a presença de um neonatologista. Neste aspecto não é só de tecnologia que estamos a falar, mas também de pessoal e de profissionais competentes para tratarem de uma situação caso ocorram problemas. Por muito bons cuidados pré-natais que existam, ninguém consegue garantir que o risco é zero na altura do parto, já que o risco existe sempre. E se houver necessidade desses serviços, ou de outros, a mulher tem de ser imediatamente transferida para um hospital, o que pode envolver risco acrescido, pelo tempo decorrido.

O segundo aspecto é o que designei de “relaxante” e que contradiz o argumento de que é bom permanecer em casa no momento do parto, de que é bom escolher com quem se quer estar nesse momento e de ter um ambiente acolhedor. Também é bom

¹² Professor Associado com agregação da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, investigador do Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEISUC) e membro da equipa coordenadora do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Integra a Comissão de Ética para a Investigação Científica (CEIC) e é membro do Comité Regional Ibero-Americano da International Society for Quality of Life Research (ISOQOL).

e mais relaxante estar fora de casa nos poucos dias após o parto, principalmente se a mulher for mãe de outras crianças, o que implica obrigações, outros trabalhos, outras logísticas domésticas, de que a mulher que está no hospital está liberta. No hospital é apenas responsável por ela própria e pelo seu bebé nos primeiros dias.

Outra questão a equacionar é a necessidade, nem sempre conseguida, de haver uma extrema confiança na parteira ou na pessoa que auxilia o parto, no caso de esse ser em casa, porque se está a passar para essa pessoa a responsabilidade em relação à saúde da mãe e da criança. Quando o parto se realiza no hospital, a mulher está, de certo modo, mais liberta desse processo de tomada de decisão relativamente à sua saúde e aos cuidados que têm de ser prestados.

Um outro argumento é o de que os custos do parto em casa não estão normalmente cobertos por qualquer tipo seguro, seja ele público ou privado, o que, em algumas circunstâncias, também pode ser um argumento para ajudar a tomar uma decisão.

Em última análise, há que ter em atenção que se trata de uma decisão que afecta não só a mãe, mas toda a família, como também já foi referido neste debate, e que deve ser tomada de modo a maximizar as preferências de todas estas pessoas. E, uma vez tomada, há que acreditar nela durante todo o processo.

Em relação ao terceiro tópico que gostava de abordar, queria chamar a atenção não só para o avanço da medicina, mas para o crescimento sistemático da esperança de vida à nascença e para o decréscimo de mortalidade. E refiro-me a Portugal e à maior parte do mundo, embora as assimetrias a nível mundial ainda sejam muito grandes. No entanto, o caso excepcional e que merece alguma análise, não pelos números em si, mas pelo processo que conduziu a esses valores, é que a mortalidade infantil tem vindo a descer, espectacularmente, no nosso país. Olhando para os últimos dez anos, vemos que em 2006 (últimos dados publicados pela OCDE)¹³ o nosso valor é de 3,3 por 1.000 nados vivos, quando a média da União Europeia a 19 ainda está em cerca de 4,0.

Há 40 anos, em Portugal, 6% das crianças nascidas vivas morriam no primeiro ano. Hoje a realidade é completamente diferente, e é bom não esquecermos isso, porque é o resultado de um processo de boa governação. A decisão de criar o serviço médico à periferia no pós-25 de Abril teve um papel importantíssimo nestes indicadores. Para além disso, há um outro factor importante que muitas vezes é esquecido: durante os últimos anos foi possível a um grupo de profissionais levar a

¹³ Embora a referência seguinte tenha sido publicada posteriormente ao debate, mais concretamente em Junho de 2011, permite confirmar os dados mencionados: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/infant-mortality_20758480-table9.

cabo iniciativas tecnicamente competentes e, ao mesmo tempo, conseguirem ser imunes às flutuações e pressões político-partidárias, mantendo um enorme respeito pelo ser humano e pelos destinatários destas mesmas iniciativas. Não há muitos outros casos que nos lembremos, em Portugal. E o resultado está à vista, para o bem das mulheres e das crianças.

Isto direcciona-nos já para o tema do encerramento de blocos de parto, também objecto deste debate. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)¹⁴, em 2006, apesar de todo o ruído criado pelo Ministro da Saúde de então, tentou fazer uma análise do encerramento dos blocos de parto não desligada do seu contexto.

Há aspectos muito importantes e muitas vezes não equacionados quando se analisam políticas de saúde, como a necessidade de uma boa estratégia, de uma boa governação e de coragem política. Qualquer um tem rareado nos últimos anos no nosso país. Para além disso, chamava a atenção para o facto de algumas regiões do país se estarem, progressivamente, a desertificar e pouco parece estar a ser feito para o contrariar. Esta situação não é necessariamente irreversível. É o caminho-de-ferro que já lá não passa, são as estações de correio que já fecharam, são as escolas que estão fechadas. Tudo isto como consequência de políticas muito pouco preocupadas com o ordenamento do território e muito pouco orientadas para os cidadãos, onde quer que eles residam no território português. É, portanto, uma sucessão de medidas aparentemente avulsas, que não assentam numa definição explícita de estratégia, que é uma das causas para o problema do encerramento dos serviços públicos nessas regiões.

Referiu-se muitas vezes, nomeadamente a população, alguns políticos e alguns fazedores de opinião, que a medida foi meramente economicista ou de cortes orçamentais. Acho que não foi mas, de qualquer modo, esse é um argumento que funciona muito bem num discurso. É bom lembrar a criação da Comissão Nacional Materno-Infantil, que fez trabalhos que já foram aqui referidos, como a hierarquização de hospitais, a criação de hospitais de apoio perinatal e de apoio perinatal diferenciado e a integração dos hospitais e dos centros de saúde. Para além disto, salienta-se a criação das redes de referência materno-infantil com áreas bem definidas e das unidades coordenadoras funcionais que permitiram uma melhor comunicação entre profissionais. Isto veio permitir, no contexto do sistema que oferece cuidados de saúde, uma melhor articulação dos serviços.

As pessoas que estiveram no processo e que o acompanharam consideram que foi uma boa articulação. Foi nesta altura que se instituiu o preenchimento obrigatório

¹⁴ <http://www.observaport.org/>

do boletim de saúde da grávida, que também é resultado desta Comissão. E é bom lembrarmos-nos que esta Comissão levou, então, ao encerramento de 150 maternidades em condições deficientes de funcionamento, o que foi, em grande parte, responsável pelo tal sucesso materno-infantil que hoje estamos a viver. Nós deixámos de ser um país com dados que nos envergonhavam, comparando com parceiros próximos, e passámos a fazer parte do grupo dos melhores países a nível mundial.

Também no XIII Governo, de Maria de Belém e Guterres, se encerrou a Maternidade de Ovar e a Maternidade Magalhães Coutinho e concentraram-se partos no Centro Hospitalar do Médio Tejo. Já em 2004, a comissão de peritos tinha proposto o encerramento das maternidades de Mirandela, Póvoa de Varzim, Guarda e Cascais. No entanto, não deixa de ser pitoresco, por exemplo, verificar que o eventual anúncio de encerramento do bloco de partos de Bragança tenha feito com que o Secretário de Estado da Saúde da altura tenha declarado que se demitiria se o Governo decidisse pelo encerramento de alguma dessas maternidades. As suas razões eram apenas manter uma boa imagem perante os cidadãos que o tinham elegido e não a preocupação das condições de segurança dos partos. Portanto, a pressão política e bairrista também está presente nesta discussão e deve fazer parte de uma análise mais profunda da situação.

Em Março de 2006, a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, que entretanto foi rebaptizada, afirmava que, em Portugal, 80% dos recém-nascidos nascia em locais com uma estrutura que dispunha de condições mínimas e uma equipa perinatal-tipo capaz de assegurar qualidade e segurança no momento do parto. E para garantir isto, foi estabelecido e caracterizado o número e tipo de elementos: médicos, enfermeiros, material e equipamento. Foi nesta altura que se redefiniu 1500 partos como o número mínimo que garantia a eficiência e uma rotina perinatal de qualidade. O relatório da Comissão afirmava que em cerca de 1/3 das maternidades portuguesas o número de partos efectuados por dia era inferior a 4. Estimava-se em 12 o número de vidas anuais de recém-nascidos que se perdiam em Portugal por razões ligadas à insuficiente qualificação técnica dos locais onde o parto ocorria.

Um dos primeiros anúncios foi o encerramento de mais 10 blocos de partos de hospitais públicos. Nessa altura, chamou-se a atenção para a discrepância brutal que havia entre o tratamento que o Estado estava a dar aos serviços públicos em relação aos serviços privados. Condescendia-se muito mais em relação aos mínimos exigidos e defendidos como mínimos para a saúde pública nas unidades privadas do que nas públicas. São outras lógicas. Agora, se o argumento é saúde pública, custa-nos admitir tratamentos diferentes em relação às maternidades e aos blocos de parto, apenas por um critério de propriedade.

Todo este processo deveria ter sido conduzido de uma forma diferente. Não sei se é 1500, 1450 ou 1620, mas acho que deve haver um número considerado mínimo para se nascer em segurança em Portugal. Qualquer um de nós precisa de alguma prática para fazer aquilo que faz. Não pondo em questão os pressupostos técnicos nem esses valores mínimos, aquilo que nós questionamos é a forma como o processo foi conduzido. Por exemplo, deveria ter havido maior preocupação pelas pessoas e ter-se tido em conta as reacções dos autarcas – que, aliás, estava previsto pela comissão e pelo relatório encomendado pelo Governo – e as opiniões dos cidadãos.

Não houve, a menos que esteja no segredo dos Deuses, um planeamento conhecido pelos profissionais, e pelos cidadãos do sistema em relação ao transporte das grávidas ou de que forma foi salvaguardada a continuidade dos cuidados. Não bastava argumentar com critérios técnicos e de qualidade, mesmo que válidos, sem os enquadrar com o respectivo desempenho das instituições e perspectivados numa rede integrada de cuidados.

Em 2007, o OPSS lembrou que não bastava aos cidadãos exigir que os seus governantes tivessem estratégias, possuísem competência técnica e experiência ajustada ao cargo e que o desempenhassem com base nos interesses legítimos da população. As boas práticas de governação exigem muito mais do que isso. Exigem uma interacção consertada do Estado, da sociedade civil e do sector privado, privilegiando o seu papel crítico no desenvolvimento humano. Nestas boas práticas são relevantes conceitos como participação, visão estratégica, prestação de contas e transparência, e isto faltou.

O Observatório considerou ainda que as reestruturações ocorreram de forma muito sectorial. Num determinado mês fechou-se o Serviço de Atendimento Permanente, noutra a maternidade, sem haver uma gestão local integrada, com a definição de prioridades, com a definição de necessidades daquela região e com a participação dos actores locais.

Fez-se a implementação de uma política fragmentada que levou à retracção do serviço público, à retracção da protecção social da saúde e levou também à imagem de pouca sensibilidade social por parte do Governo. No discurso e na prática política não basta ser coerente para ter eficácia, tem que se criar confiança nos cidadãos e isso não foi criado.

Em conclusão, acho que o processo podia ter sido diferente se tivesse havido mais cuidado com as pessoas, com os cidadãos, com a região e o local. Isto foi algo que se tentou remendar mais tarde, mas tarde de mais, já depois do estrondo existir e de ter tido repercussões, pelo menos a curto prazo, irreversíveis. Se assim fosse,

provavelmente, o Governo teria conseguido implementar o que estava a fazer e com resultados mais benéficos para a população.

II | ARTIGOS

“A HISTÓRIA DOS TRÊS MACACOS SÁBIOS”, OU DE COMO SOBRE OS PROTESTOS DO ENCERRAMENTO DE BLOCOS DE PARTO EM PORTUGAL O PODER POLÍTICO NÃO VIU, OUVIU OU FALOU

ANA RAQUEL MATOS

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS, UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Resumo: Em 2006 e 2007, o Ministro da Saúde do XVII Governo Constitucional, António Correia de Campos, executou o plano de requalificação dos serviços de urgência perinatal, regulamentado pelo Despacho n.º 7495/2006. As directrizes desse despacho basearam-se nas principais conclusões de um estudo levado a cabo por uma comissão de peritos que avaliou esses serviços públicos. Apesar da variedade de sugestões avançadas por essa avaliação e das sérias advertências aí patentes para que a população fosse consultada no âmbito das decisões a tomar, o Governo avançou com a medida de concentração de partos em unidades que realizassem pelo menos 1500 partos/ano. O conseqüente encerramento de várias unidades de saúde no país, e a falta de oportunidade para participar na decisão, levou as populações afectadas a desencadear um dos mais intensos e mediáticos movimentos de protesto dos últimos anos. Este artigo, para além de dar conta da forma como se desenrolou o processo de tomada de decisão, avalia as acções de protesto enquanto mecanismo de participação política.

Palavras-chave: participação cidadã, acções de protesto, deliberação democrática, reestruturação de blocos de parto, saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

O presente artigo centra-se na análise do processo de requalificação dos serviços de urgência perinatal em Portugal, implementado pelo Ministro da Saúde do XVII Governo Constitucional, António Correia da Campos, entre 14 de Março de 2006 e Dezembro de 2007. Tendo por base as conclusões do relatório da autoria da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CNSMN), o Ministro regulamentou, através do Despacho n.º 7495/2006 (2ª série), de 14 de Março de 2006, o plano de requalificação desses serviços. Surge como principal fundamento desta iniciativa normativa a necessidade de reforçar a segurança e qualidade dos cuidados em saúde materno-infantil, apontando a decisão

ministerial para o encerramento dos blocos de parto que realizassem um rácio de partos/ano considerado insuficiente e conseqüente concentração desses serviços noutras maternidades da rede pública do Sistema Nacional de Saúde. Os habitantes das regiões afectadas pelo encerramento, contudo, desencadearam fortes acções de protesto, apresentando interpretações alternativas aos argumentos que sustentaram a decisão, dando origem a uma das mais mediáticas controvérsias na área da saúde registadas em Portugal nos últimos anos.

A análise a desenvolver visa dar conta de como se desenrolou a controvérsia, perspectivando como as acções de protesto se podem constituir como espaços legítimos de participação cidadã em processos deliberativos. Pretende ainda avaliar a influência que este tipo de acção colectiva exerce na formulação de políticas públicas, explorando as condições de viabilidade de diálogo entre conhecimentos distintos. A informação a que se recorre provém de entrevistas semi-estruturadas, realizadas a interlocutores privilegiados no âmbito do processo de reestruturação dos serviços de urgência perinatal, designadamente a directores das maternidades onde foram encerrados blocos de partos e das que passaram a receber parturientes em resultado da concentração de serviços; a elementos que integraram a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal; a líderes de movimentos cívicos criados em defesa dos serviços de saúde; a cidadãos residentes nas localidades afectadas pela medida; a representantes das corporações de bombeiros que prestam serviço de transporte a doentes urgentes. Para além disso, o presente texto baseia-se em análise documental (legislação sobre a temática, relatório da CNSMN, protocolos estabelecidos no âmbito da prestação de cuidados de saúde perinatal, documentação do Ministério da Saúde sobre cuidados maternos e neonatais, bem como relatórios e estudos complementares sobre questões de saúde materna e neonatal) e em análise de imprensa, num total de 497 notícias, publicadas em três jornais nacionais online: *Jornal de Notícias*, *Expresso* e *Diário de Notícias*.

1. AS ACÇÕES DE PROTESTO COMO ESPAÇOS DE DELIBERAÇÃO DEMOCRÁTICA

Sendo actualmente um direito inalienável nas sociedades ocidentais, o sufrágio eleitoral da população feminina nem sempre existiu. Este é um exemplo, entre muitos, que permite sublinhar o facto de a democracia não ser um dado adquirido e, mais que isso, não ser um estatuto ou estádio definitivo que se alcança e se mantém estavelmente em funcionamento através de um conjunto de práticas regulares. A democracia é, pelo contrário, um processo em permanente reinvenção, talvez uma das maiores utopias da modernidade, um caminho que se percorre com o intuito de superação constante da própria tangibilidade dos princípios em que se fundamenta, isto é, uma trajectória que

visa atingir níveis cada vez mais substantivos de "intensidade" (Font, 1998; Santos, 2002; Fung e Wright, 2003).

Em muitas sociedades, conceber as acções de protesto como dimensão indissociável da democracia, numa perspectiva redutora dos próprios processos democráticos, já foi algo estranho. O direito ao protesto, porém, é hoje parte reconhecidamente constituinte das sociedades democráticas, sob diferentes formas: o direito de reunião e de manifestação em público, a liberdade de expressão, a possibilidade de ter voz e de poder usá-la em mensagens dirigidas a terceiros, ou seja, o direito de participar na vida pública (Sousa, 2009). A análise que aqui se propõe tenta enquadrar as acções de protesto no âmbito da teoria da deliberação democrática e, para além disso, recusa encará-las como manifestações patológicas da sociedade (Flacks, 2005; Mouffe, 2005; Juris, 2008). Sendo "formas expressivas de realização de cidadania em contexto democrático" (Mendes e Seixas, 2005: 4), os protestos são também perspectivados como possibilidades legítimas de participação cidadã em processos públicos de decisão (della Porta, 2003). Os protestos dão conta de confrontos agonísticos capazes de contribuir para a renovação constante da democracia, onde cada um exerce o direito a defender as suas ideias e convicções enquanto respeita e legitima a existência de adversários (Mouffe, 2005). Consequentemente, o protesto irrompe como uma possibilidade de participação nas decisões, mesmo que alicerçada no desafio aos arranjos de poder e na ruptura com a ordem estabelecida.

A teoria da deliberação democrática tem vindo a constituir-se, neste âmbito, como uma trajectória indispensável para o entendimento de muitas das questões que atravessam este debate. Ela assenta no pressuposto básico de que a participação cidadã, para além de contribuir para a qualidade das decisões, também influi no processo de aprofundamento da democracia (Gutmann e Thompson, 1996; Sanders, 1997; Bohman, 1998; Cohen, 1999; Dryzek, 2000 e 2009), promovendo um debate que se coloca na intersecção entre democracia e participação. Os sistemas políticos representativos têm-se revelado superficiais, desinformados, alienados e assentes mais em personalidades do que em políticas públicas efectivas, o que, em parte, pode justificar a distância que se amplia entre cidadãos e esfera política. Tal parece justificar também os elevados índices de abstenção eleitoral ou a descrença generalizada na forma como os políticos actuam e decidem relativamente a aspectos que afectam, de modo directo, a vida de cada cidadão (Stoker, 2006; Rosenberg, 2007; Pearce, 2010).

Para além disso, a participação cidadã tem vindo a revelar-se um dos traços mais salientes da actualidade política e dos debates que a atravessam. O apelo à participação tem vindo a registar-se em múltiplos domínios da vida social, de acordo com diferentes

ritmos e metodologias, em demonstração da heterogeneidade que subjaz a estes processos, quer na diversidade de valores que fundamentam uma maior abertura à inclusão dos cidadãos nas decisões colectivas, quer nos objectivos que preconizam. Por conseguinte, a institucionalização dessas práticas revela-se igualmente variável, pressupondo uma discussão sobre o que são, afinal, espaços legítimos de participação em processos deliberativos, quem é que neles pode ser incluído e como é que se pode definir, nesses termos, a participação política.

Sobre estas questões, a teoria da deliberação democrática tem vindo, muito recentemente, a providenciar abordagens para além do *mainstream*, mais amplas no que toca às possibilidades de participação (Hendriks, 2006; Bächtiger *et al.*, 2010; Elstub, 2010), como a seguir se reporta. Os processos deliberativos abertos à participação cidadã assumem, desde logo, o ónus pela promoção de decisões que se consideram dotadas de mais qualidade e justiça, exactamente porque se podem alimentar do conhecimento dos que vivem os problemas, ou seja, do saber dos cidadãos, em reconhecimento do seu estatuto de *experts* em relação ao seu quotidiano (Sintomer, 2010: 141). A dimensão experiencial e vivida daqueles que lidam directamente com as consequências da decisão política é fundamental e passível de ser combinada com as dimensões técnica, política, administrativa e ideológica que emanam da dimensão formal da democracia representativa.

Considerar como pressuposto essencial da teoria da deliberação democrática a possibilidade de inclusão nas decisões de grupos sociais usualmente excluídos contribui, nesta análise, para reforçar o enquadramento das acções de protesto no âmbito desses processos. Porém, como referido, os protestos nem sempre foram considerados espaços legítimos de participação à luz da teoria da deliberação democrática, sendo recente essa abertura. A admissibilidade deste tipo de acção social enquanto forma de intervir nas decisões decorre de longos anos marcados por fortes críticas aos pressupostos demasiado normativos sobre participação no âmbito desta abordagem e muito desgarrados da realidade (Elstub, 2010). De facto, na génese normativa dos processos de deliberação tendia a imperar o pressuposto do argumento racional de todo e qualquer cidadão, livre e igual para intervir nos processos de decisão, orientado para o consenso, motivado pela ideia de bem comum e atento às necessidades do outro (Gutmann e Thompson, 1996; Cohen, 1999; Dryzek, 2000; Held, 2007; Bächtiger *et al.*, 2010). Este pressuposto tem, no entanto, vindo a tornar-se progressivamente mais maleável, permitindo alargar o escopo dos processos de deliberação democrática, por exemplo, a formas de comunicação que vão para além da argumentação racional. Neste domínio, passaram a ser considerados legítimos, por exemplo, *inputs* como o humor, a sátira, as

emoções ou até as conversas mais banais do quotidiano (Sanders, 1997; Dryzek, 2009; Bächtiger *et al.*, 2010), embora esta abertura se sujeite agora a novas críticas, como a de que “tudo passou a caber” em processos de deliberação democrática (Dryzek, 2010).

Novas abordagens como esta têm vindo a revelar-se também mais receptivas a uma noção alargada de espaço público, que passa a ser encarado como espaço de deliberação – um espaço onde diferentes actores interferem, em distintas matérias, através da influência que exercem na opinião pública. Revelando-se pertinentes enquanto expressão da democracia, tem-se vindo a prestar mais atenção à importância dos protestos na relação entre participação, antagonismo, o conflito e/ou confronto em sociedade. Face às críticas que reclamavam a adopção de modelos de decisão baseados num *pluralismo agonista* (Mouffe, 2000 e 2005), ou seja, capazes de considerar o conflito como natural e parte integrante dos processos de decisão e da vida em sociedade, o protesto passou também a ser considerado possibilidade de participação em processos democráticos de tomar decisões. Assim, enquanto manifestações colectivas de demonstração de descontentamento, os protestos traduzem a intenção dos que não encontram possibilidades alternativas de participar directamente na estrutura das decisões, uma estrutura fortemente regulada (e regulamentada) pelo poder político. Essas formas de participação reguladas pelo poder político configuram cenários de abertura do sistema à ampliação da participação (conferências de consenso, júris de cidadãos, assembleias de cidadãos, etc.) que podem traduzir apenas a busca por maior legitimidade por parte dos decisores políticos que, sem levarem seriamente em conta as posições dos cidadãos, legitimam dessa forma a co-responsabilidade nas decisões.

Como Donatella della Porta (2003: 92) tão bem define, os protestos integram o elenco de formas novas, não convencionais ou directas de participação política que derivam de estilos de participação próprios de distintos grupos sociais, gerações ou nações e das condições para o desenvolvimento de novas formas de participação. O protesto como uma “nova” possibilidade de participação dos que se sentem excluídos das estruturas de decisão é encarado como uma alternativa possível à participação em contextos territoriais e políticos em que modalidades directas convencionais não são prática corrente. Desta forma, em determinados contextos, o protesto permite não só dar resposta à insatisfação gerada pela ausência de canais institucionalizados de participação cidadã, como comporta potencial para influenciar de forma positiva e eficaz a estrutura das decisões políticas.

Nesse sentido, Sidney Tarrow define a estrutura de oportunidade política como um conjunto de dimensões em torno do político capaz de proporcionar incentivos para que se produza acção colectiva. A expectativa sobre o êxito ou fracasso da acção colectiva

depende, no entanto, da mobilização de recursos externos disponíveis a um determinado grupo. Como afirma o autor, existem dimensões mais conjunturais da estrutura política que podem difundir as oportunidades de certos grupos para levar a cabo uma mobilização colectiva ou para interferir com maior ou menor sucesso nos processos de decisão política (Tarrow, 1997: 49). Importa, por isso, analisar essas expressões de contestação, apreendendo os seus detalhes, as motivações que as alimentam, avaliando o seu potencial enquanto mecanismo participativo.

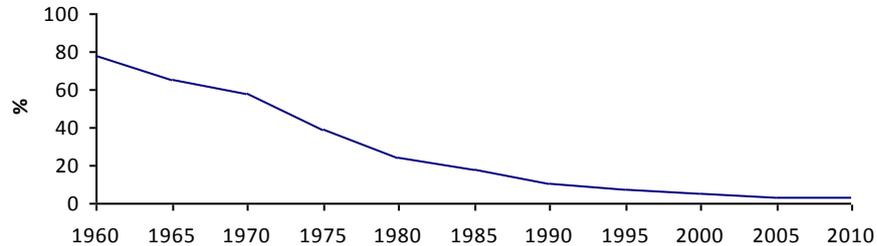
2. O ENCERRAMENTO DE BLOCOS DE PARTO EM PORTUGAL: UMA HISTÓRIA COM HISTÓRIA

A reestruturação dos serviços de saúde materno-infantil levada a cabo em 2006 e 2007 não foi um acto político isolado. Uma reestruturação semelhante fora implementada em 1989, altura em que se criou a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CNSMN), era Leonor Beleza ministra da tutela. Essa comissão foi responsável pela definição e implementação de um leque de medidas com fortes repercussões na qualidade desses serviços de saúde, como a hierarquização de hospitais; criação de hospitais de apoio perinatal; apoio perinatal diferenciado; redes de referência materno-infantil; unidades coordenadoras profissionais e introdução do preenchimento obrigatório do boletim de saúde da grávida. Dentre essas medidas, destaca-se também a implementação da concentração do número de partos em unidades de saúde com melhores condições e o conseqüente encerramento de cerca de 150 blocos de parto dos 200 que estavam em funcionamento na altura, ou seja, cerca de 75% dos serviços.

A essa reestruturação é, muitas vezes, imputada a responsabilidade pelo extraordinário progresso dos indicadores de saúde materno-infantil hoje registados (CNSMN, 2006; OPSS, 2006; Campos, 2008), designadamente a taxa de mortalidade infantil que tem vindo a decrescer em Portugal, e que elevaram o país dos últimos lugares do ranking mundial, com valores característicos dos países subdesenvolvidos, para os 10 países com melhores indicadores ao nível da saúde materno-infantil, com uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil, rondando actualmente os 3,3%. Importa, no entanto, sublinhar que esta tendência já se vinha desenhando ao longo das décadas que precederam a primeira reestruturação desses serviços, não sendo óbvio, pelo menos no que se refere a este indicador em particular, que o seu comportamento se fique a dever exclusivamente ao conjunto de medidas implementadas no final da década de 1980.

Gráfico I

Evolução da taxa de mortalidade infantil (1960-2010)



Fonte: INE, Estatísticas da População.

Importa, assim, não negligenciar nesta avaliação factores que, certamente, contribuíram para a melhoria das condições de vida das famílias portuguesas, como a expansão dos níveis educacionais da população, sobretudo, da população feminina, o incremento na prestação de melhores cuidados de saúde num sentido mais lato, as melhores condições habitacionais, entre muitos outros.

Posteriormente à reestruturação de 1989, em 1996 e 1997, o governo do Partido Socialista (PS) encerrou também a maternidade de Ovar e concentrou os partos do Médio Tejo (Torres Novas, Abrantes e Tomar) em Abrantes. Antes disso, no entanto, o Governo do Partido Social Democrata (PSD) inaugurara o renovado Hospital de Elvas, sem reabrir a maternidade que havia sido encerrada em 1989, embora o Governo seguinte, PS, o viesse a fazer. Ainda em 2004, uma nova avaliação destes serviços foi entregue ao Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, da coligação PSD/CDS-PP, expressa em relatório que sustentava a necessidade de adoptar medidas que revertessem a favor da qualidade e segurança dos serviços de saúde materna e neonatal, dentre as quais a sugestão para concentrar o número de partos nas unidades com melhores condições. Porém, o então ministro optou por não as implementar.

O continuado trabalho da CMSMN reincidiu, no entanto, nas conclusões das avaliações anteriores, reiterando as mesmas sugestões, pelo que, em 2006, com base no mais recente relatório de avaliação desses serviços, António Correia de Campos, Ministro da Saúde, implementou a medida de requalificação de salas de parto integradas no Sistema Nacional de Saúde. A 10 de Março de 2006, o relatório da CNSMN foi entregue ao Ministro que, com base numa das suas sugestões – encerrar os blocos de parto que realizassem menos de 1500 partos/ano –, e quatro dias após a recepção do relatório, ou seja, a 14 de Março, assinou o despacho ministerial n.º7495/2006 (Diário da República, 2ª série) que determinou a concentração de partos em certas unidades de saúde e o

encerramento das que não cumpriam o rácio estabelecido. Esse diploma normativo estabelece que “a prestação de cuidados eficientes em locais que reúnam os meios técnicos e humanos apenas é garantida em maternidades com 1500 partos/ano”, relação que permite aos profissionais de saúde realizar um número suficiente de partos de forma a “confrontarem-se com situações raras e a estarem preparados para as resolver”. Para além disso, define que nessas unidades de saúde passará a estar garantida a presença permanente de, pelo menos, dois obstetras, um anestesista e um pediatra neonatologista (entre outros recursos: técnicos e humanos).

Com base no rácio estabelecido, da rede de 50 maternidades do Serviço Nacional de Saúde, 27 unidades reuniam condições técnicas para manter os blocos de parto em funcionamento e 23 não reuniam. Destas últimas, 15 realizavam menos de 1200 partos/ano, 12 menos de 1000 partos/ano e 5 menos de 500 partos/ano. Assim, de acordo com avaliação feita pela CNSMN, 16 blocos de parto deveriam ser encerrados. Não obstante, o despacho ministerial acabou por avançar apenas com o encerramento de 9 dessas unidades de saúde.

Quadro I -

Relação entre a avaliação dos blocos designados a encerrar e a decisão ministerial

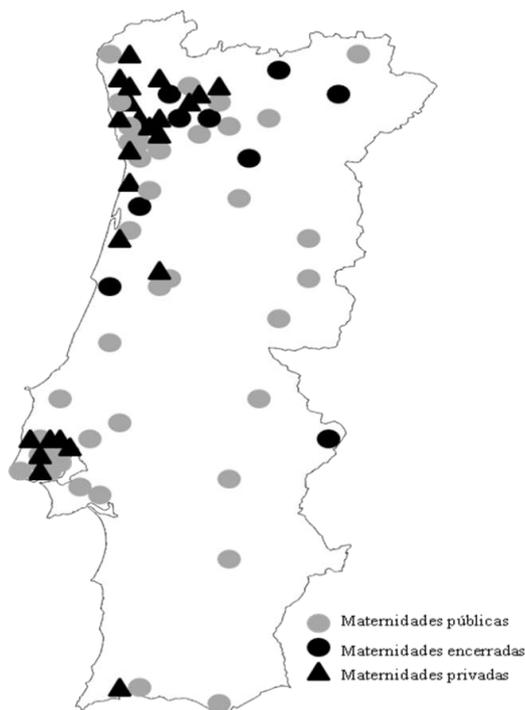
Blocos de parto apontados pela CNSMN para encerrar	Justificação da CNSMN	Decisão do Ministério da Saúde	Partos a concentrar nas seguintes unidades hospitalares:
H. Barcelos		Encerrou	H. São Marcos (Braga)
H. Oliveira de Azeméis		Encerrou	H. São Sebastião (Vila da Feira)
H. Elvas		Encerrou	Liberdade de escolha da parturiente
H. Santo Tirso		Encerrou	H. São João de Deus (Famalicão)
H. Mirandela	Concentração numa única unidade a definir pelo respectivo Centro Hospitalar	Encerrou	A decisão recaiu na concentração no H. de Bragança
H. Bragança		Não encerrou	
H. Lamego		Encerrou	H. Vila Real
H. Figueira da Foz		Encerrou	H. Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra e H. Santo André (Leiria)
H. Torres Vedras		Não encerrou	
H. Vila Franca de Xira		Não encerrou	
H. Chaves	Não encerrar devido às más acessibilidades	Encerrou	H. Vila Real
H. Guarda	Concentração a definir pelas administrações e profissionais das três unidades.	Não encerrou	A decisão deveria ser tomada pela administração do futuro Centro Hospitalar da Beira Interior que foi, entretanto, abortado.
H. Covilhã		Não encerrou	
H. Castelo Branco		Não encerrou	
H. São Gonçalo, Amarante		Encerrou	H. Padre Américo (Vale do Sousa)
H. Cascais		Não encerrou	

Neste processo, decisões políticas sobrepuseram-se às sugestões técnicas avançadas no relatório. Por exemplo, apesar de a CNSMN ter sublinhado que o bloco de

Chaves não deveria encerrar devido às dificuldades no acesso rodoviário a serviços alternativos, quando concluído o troço da A27, que liga Chaves a Vila Real, esta unidade foi encerrada, tal como previsto pelo Despacho Normativo e apesar das distâncias implicadas na transferência destes utentes. O relatório indicava ainda unidades que deveriam ser encerradas, mas que se mantiveram em funcionamento, as quais o próprio documento normativo justifica nos seguintes termos: “manter em manutenção o bloco de partos do Hospital de Torres Vedras até que se conclua a aprovação do estudo encomendado sobre o planeamento hospitalar da Estremadura/Oeste (abrangendo Alcobaça, Caldas da Rainha, Peniche e Torres Vedras); não encerrar o bloco de partos dos Hospitais de Cascais e Vila Franca de Xira porque a alternativa de concentração se traduziria na sobrecarga das maternidades de Lisboa e porque nesses concelhos se encontra prevista a criação de blocos de parto em novos edifícios a construir”. Com isto, o fundamento apresentado para o encerramento – 1500 partos/ano – acabou por ser subvertido pelo próprio Governo ao não encerrar unidades como as de Cascais e Vila Franca de Xira, com um número de partos realizados anualmente abaixo do estabelecido, para além que ainda prevê a construção de novas unidades de saúde nessas localidades.

Esta situação corrobora a ideia de alguma discricionariedade por parte do Governo na aplicação da medida em desfavor das populações residentes no interior do país, como ilustra a figura seguinte.

Imagem I - Distribuição dos serviços de saúde com blocos de parto em Portugal, 2010



Mas outras inconsistências emergem da análise do despacho ministerial. Uma delas prende-se com o argumento da liberdade de escolha das parturientes portuguesas pelos serviços com mais qualidade. Segundo o Governo, a consolidação da garantia da liberdade de escolha pelo local do parto veio, assim, no seguimento dessas opções feitas pelas mulheres portuguesas por unidades seguras, em detrimento da erosão da procura por hospitais e maternidades com menores condições. Sobre a livre escolha da parturiente, e embora o despacho normativo argumente nesse sentido, o documento contradiz-se nessa intenção ao impor a concentração do número de partos em unidades de saúde específicas. Apenas Elvas (cf. supra, quadro 1) parece ter ficado sujeita à política da livre escolha, mas somente nas linhas do despacho já que, na prática, o governo português acabou por estabelecer com o Hospital Materno Infantil de Badajoz um protocolo no sentido de aí assegurar o nascimento das crianças dos concelhos de Elvas e Rio Maior.

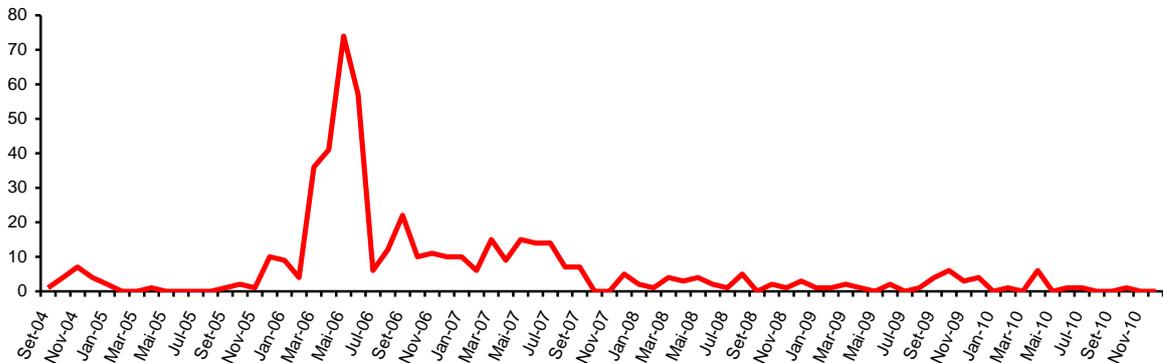
Sobre as razões subjacentes à adopção desta medida, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde avançou com argumentos que foram, de alguma forma, camuflados neste processo, dentre os quais a desertificação de algumas regiões do país e respectivo envelhecimento da população aí residente. Para além disso, classificou esta medida como “avulsa e baseada na escassez de governação”, considerando que “os portugueses não podem ser tratados diferentemente ou discriminados só porque vivem em determinadas áreas geográficas” (OPSS, 2006: 45).

3. O QUE CONTOU COMO PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE REQUALIFICAÇÃO DE BLOCOS DE PARTO EM PORTUGAL?

Importa agora atentar nas reacções dos vários actores que transformaram a decisão implementada numa das controvérsias mais mediáticas da política nacional nos últimos anos. Apesar dos registos de imprensa darem conta de alguma mobilização cidadã aquando da especulação sobre se e que blocos viriam a ser encerrados, a controvérsia só assumiu contornos bem definidos aquando da publicação oficial do despacho ministerial em Diário da República, altura em que os protestos eclodiram um pouco por todas as localidades afectadas.

Gráfico II

Notícias sobre encerramento de blocos de parto 2004-2010



Nos meses seguintes à publicação do despacho normativo a população iniciou uma jornada de protestos que se moveu ao ritmo imposto pela cronologia dos encerramentos definida no próprio documento. Posteriormente, porque essas acções se revelaram espaços de comunicação unidireccionais, e face à ausência de qualquer reacção por uma das partes do conflito, os protestos acabaram por se ir diluindo, mantendo apenas alguma vitalidade em blogues ou páginas *web* criadas sobretudo pelos movimentos cívicos que se mobilizaram pela causa. Não obstante, episódios de efervescência política e de mobilização cidadã como este deitam por terra algumas concepções que dão conta da debilidade da sociedade civil portuguesa (Mendes e Seixas, 2005).

Importa perceber, no entanto, que estratégias deste tipo, encaradas enquanto formas de participar nas decisões, nem sempre cumprem os objectivos a que se propõem. Os protestos registados definiram como um dos alvos prioritários da contestação o argumento dos 1500 partos/ano, avançado pelo relatório da CNSMN e o Governo, como justificação nevrálgica dos encerramentos a efectuar. Para o grupo de peritos que integrou a comissão de avaliação este indicador de referência deriva de um consenso internacional validado pela Organização Mundial de Saúde. Não obstante, a busca pela confirmação desta informação, para além de ter resultado em vão, permitiu aceder a informação contraditória.

Um artigo intitulado “Does size matter? A population-based study of birth in lower volume maternity hospitals for low risk women”, publicado no Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Scientific Journal, em 2006, conclui que a probabilidade de ocorrerem mortes neonatais é mais baixa em hospitais com menor actividade (com cerca de 100 a 500 partos por ano) quando comparados com outras unidades hospitalares que realizam mais de 2000 partos. Também em França, em 2003, o Ministro da Saúde, Jean-François Mattéi, a partir dos mesmos argumentos genéricos avançados

no relatório de avaliação apresentado pela CNSMN, estabeleceu 1000 partos como o limiar para encerrar este tipo de unidades no país.

No sentido de clarificar as posições e argumentos que foram evocados a partir da realidade portuguesa, importa identificar os principais actores que estiveram envolvidos na controvérsia. Assim, num dos extremos do conflito surge o Governo português responsável pela implementação da medida, sobre a qual não informou e/ou esclareceu quem por ela veio a ser afectado. A CNSMN, que validou a decisão antes mesmo de ela se ter tornado pública, já que partiu da sua avaliação a decisão de concentrar estes serviços, pode posicionar-se ao lado do governo na controvérsia. Não obstante, os elementos que integraram a Comissão não se mostraram favoráveis à forma como a medida foi implementada pelo facto de os decisores políticos terem negligenciado muitas das sugestões avançadas no relatório. Para além disso, discordaram da falta de diálogo estabelecido com a população e/ou seus representantes políticos que, segundo a Comissão, deveria ter acontecido antes da requalificação dos serviços:

Há 23 maternidades com deficiências sérias devido à sua pequena dimensão e reduzida actividade. E, desde logo, porque os obstetras deste país estão envelhecidos, já são escassos e não estão a ser substituídos por colegas mais novos. O futuro é de definhamento. A solução óbvia é a de racionalizar os meios existentes. Só que o binómio qualidade dos serviços prestados versus mobilidade das populações tem de ser muito bem fundamentado, caso a caso. Se o não for, cada encerramento, por mais limitado que seja o atendimento, é recebido como o anúncio de um progressivo abandono. [...] Não foi seguido à letra o que aconselhámos. O nosso parecer era para encerrar todas as maternidades com menos de 1500 partos por ano. Este critério técnico é mais do que suficiente para não manter um bloco em funcionamento, por falta de segurança para as grávidas e recém-nascidos. Em Portugal, e em todo o mundo. Contudo, nós só temos funções consultivas, não temos funções executivas e o ministro decidiu fechar o que entendeu (Jorge Branco, Membro da CNSMN).

Também a Ordem dos Enfermeiros apoiou a medida, mas objectou a ausência de medidas concretas sobre o transporte das parturientes e respectivo acompanhamento por profissionais de saúde qualificados. De acordo com a CNSMN, por questões de segurança o transporte deveria passar a ser feito na companhia de profissionais qualificados, não excedendo 20 km ou 30 minutos de distância, o que na realidade não veio a suceder. O Colégio de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos também

subscreveu a medida implementada, o que não surpreende, dado alguns dos seus membros terem presidido à CNSMN, responsável pela avaliação que sustentou a decisão.

O outro extremo do conflito congrega os principais actores que se opuseram à decisão protestando. E como della Porta e Diani (1997: 21) advertem, não basta descobrir a existência de tensões e conflitos estruturais, o importante é estudar as condições que permitem a transformação do descontentamento em mobilização e essa depende, entre outras coisas, de trabalho e de recursos, pelo que importa, agora, perceber como este extremo da controvérsia transformou a tensão em mobilização.

As populações locais afectadas pela decisão assumiram protagonismo nos vários movimentos de contestação encenados durante os meses subsequentes à execução do plano de encerramentos. Os autarcas destas localidades, sobretudo os das cores políticas da oposição ao governo, porém, foram os grandes responsáveis pela mobilização cidadã e as grandes figuras mediáticas associadas aos protestos locais. Muitos deles assumiram-se porta-vozes naturais do eleitorado e lideraram a população durante as manifestações de protesto em simultâneo, em alguns casos, com os movimentos cívicos criados em defesa das maternidades locais.

Imagem II - *Outdoor* colocado à porta do Hospital distrital da Figueira da Foz



Fonte: Fotografia da autora.

Importa não esquecer, no entanto, que a medida foi a continuidade de um processo iniciado por um dos grandes partidos da oposição, o PSD, daí que os protestos, para além de visarem a principal justificação da medida, também atentaram na forma como foi implementada. O sentimento de pertença a uma determinada identidade colectiva torna-se impossível sem a presença de estruturas organizativas e de espaços de interacção que sustentem a criação dos processos de activação/criação colectiva (Melucci, 2001). Assim, das 9 localidades onde encerraram blocos de parto, em 7 foram criados movimentos cívicos, em resultado da organização cidadã em torno desta causa, embora

a eles estivesse fortemente associada a presença de elementos filiados em partidos políticos da oposição e com destaque a nível local. Apenas em duas localidades, Lamego e Barcelos, as mulheres lideraram a organização da sociedade civil, alertando para uma questão que as afectava directamente.

Os partidos da oposição ao Governo com assento no poder político local assumiram, desde logo, lugar de destaque na controvérsia. Em 9 das localidades abrangidas pela decisão de encerramento, 6 eram governadas pelo principal partido da oposição¹, o Partido Social Democrata, e 3 pelo partido do Governo, o Partido Socialista². Em duas localidades os respectivos municípios foram ainda acusados, no âmbito desta controvérsia, de terem financiado os protestos com erário municipal.

A população que se organizou a partir de movimentos cívicos argumentou essencialmente contra o princípio economicista de contenção de recursos que considerou ter orientado a decisão. Para além disso, invocou o agravamento de sérias desigualdades regionais que viriam a afectar certas populações sem que essas tivessem participado no processo de tomada de decisão: “O que o governo deve fazer é ouvir as pessoas que moram aqui e contrariar a opinião dos peritos. Se querem desenvolver o interior do país e fixar aqui as pessoas têm que lhes dar qualidade de vida” (Cidadã de Elvas).

A esfera cidadã considerou ainda que este tipo de questões foi camuflado pelo argumento da qualidade e segurança avançado pelo Governo, a versão oficial dos factos. Mas como Mendes e Seixas (2005: 4) afirmam, a presença na rua ou em outro qualquer espaço público abre sempre uma nova perspectiva sobre o político, um questionamento dos poderes e das estruturas estabelecidas que pode produzir novas subjectividades pessoais e colectivas, novos registos e novos regimes de definição do que é a verdade.

Imagem III - Imagem usada nas acções de protesto em Barcelos



Embora com menor protagonismo, e sem integrarem os protestos de forma organizada nas diferentes localidades afectadas pela medida, muitas das corporações de

¹ Os municípios de Barcelos, Figueira da Foz, Mirandela, Oliveira de Azeméis, Lamego e Chaves.

² Os municípios de Elvas, Santo Tirso e Amarante.

bombeiros, responsáveis pelo transporte de doentes urgentes, manifestaram-se em desacordo com a medida, revelando sérias preocupações quanto à sua falta de planeamento, discussão prévia à implementação e possíveis consequências:

Fiquei a saber do encerramento... Como comandante nunca fui informado. Ouvei dizer. Nem o hospital, INEM ou ARS me informou de nada. [...] No princípio era uma grande confusão [...] Nós levávamos as parturientes para o hospital porque não sabíamos do encerramento da maternidade e chegávamos lá: ‘estes gajos são doidos! Que vêm os bombeiros para aqui fazer?’ O CODU no início também não sabia que eles não recebiam na urgência... Bom no início, primeiros meses, isto foi uma verdadeira confusão! Chegávamos ao hospital com as grávidas e quem estava de serviço mandava-nos simplesmente embora. [...] Na prática, a culpa foi de quem pôs isto a funcionar (Comandante de Corporação de Bombeiros).

Estes actores são testemunhas privilegiadas dos potenciais perigos que podem decorrer da forma como a medida foi implementada e dos eventuais acidentes susceptíveis de acontecer durante um parto que se realize em contexto extra-hospitalar. Importa, a este nível, salientar a ausência de coordenação entre os diferentes actores opostos à medida. Registou-se entre eles uma solidariedade tácita expressa nos argumentos que apresentaram, mas as acções de contestação, essas, foram organizadas pelos movimentos cívicos e pelo poder político local, responsáveis também pela cooptação e mobilização da sociedade civil para a participação nas manifestações de protesto.

Foi ainda possível identificar outros blocos de actores que se opuseram à medida, embora sem um papel activo nas acções de contestação desencadeadas, mas elencados a partir de declarações feitas na imprensa analisada. Assim, para além das corporações de bombeiros que em algumas localidades se juntaram aos protestos ao lado da população, coalesceram outros grupos profissionais que se opuseram à medida. É o caso dos obstetras e algumas das maternidades designadas para encerrar que, apesar das manifestações oficiais da Ordem dos Médicos e do Colégio da especialidade Ginecologia/Obstetrícia favoráveis à decisão, se vieram a manifestar contra a decisão. A principal preocupação manifestada relacionou-se com as limitações no exercício da sua prática clínica. Embora a possibilidade de assistir os partos realizados noutras unidades hospitalares estivesse contemplada na medida, para alguns destes profissionais as ambiguidades relacionadas com o futuro e as novas condições de trabalho que

entenderam limitar a sua prática profissional foram motivos suficientes para se posicionarem contra a medida:

‘Sentimo-nos desaproveitados e profissionais de segunda [...] só sabemos que vamos fazer 12 horas de urgência da Feira [...] quanto à nossa vida profissional ainda pouco sabemos’. A obstetra recorda que foram necessários anos para conseguir a devida especialização que, no futuro próximo, não deverá ser ‘devidamente aproveitada’. (Declarações de uma obstetra do Hospital de Oliveira de Azeméis ao *Diário de Notícias*, 01.05.2006).

Para além disso, muitos manifestaram-se contra o facto de também eles não terem sido chamados a participar na definição da medida implementada:

Belandina Gil, médica obstetra de Barcelos, defende que a afirmação de que há perigo eminente de saúde pública é uma agressão. ‘Cumprimos tudo o que está no relatório da comissão que elaborou o estudo sobre a saúde materno-infantil. Só não cumprimos os 1.500 partos por ano’, contestou. E vai mais longe: ‘Sentimo-nos insultados, ultrajados. O ministro nunca cá pôs os pés, nunca viu as nossas condições. A comissão que fez o relatório também nunca falou connosco’. (*Jornal de Notícias*, 10.05.2006).

Do mesmo modo, alguns médicos de Clínica Geral e Familiar também demonstraram desacordo com a medida, temendo um aumento no número de casos a acompanhar nos Centros de Saúde, sobretudo gravidezes de risco que requerem acompanhamento profissional da especialidade.

A controvérsia também não se configurou como um problema nacional, mas como focos localizados de um problema, suscitando fenómenos de ebulição social distintos em função dos argumentos, sensibilidades e capacidade de organização para o protesto das localidades afectadas. Não se registou, por exemplo, uma acção coordenada entre as acções de protesto desencadeadas à escala local, o que poderia ter pressionado de outra forma os decisores políticos. As acções de protesto desencadeadas demonstram não só a implicação de distintos actores num dos extremos da controvérsia, como toda uma plêiade de direitos que invocaram a partir dos protestos que desencadearam, como o direito à saúde, a serviços de proximidade, ao igual tratamento regional, mas essencialmente o direito a participar nas decisões:

O Ministro da Saúde tinha e tem a obrigação de justificar com toda a clareza os motivos técnicos, objectivos, em que baseia a sua decisão de encerrar cada uma das maternidades. Cada um dos cidadãos tem o direito a conhecer, sem rodeios e generalidades, que requisitos não preenchem cada um dos serviços. Mesmo considerando indicadores sensíveis, que podem melindrar alguns profissionais, o ministro da Saúde tem a obrigação de ser mais claro. Não basta ter razão. É preciso demonstrá-la. E até agora não ouvimos quaisquer explicações (Cidadão de Barcelos).

A questão dos serviços privados também não pode ser ignorada neste processo, pois, em certa medida, foi responsável pela dilatação da contestação no tempo. Assim, a polémica reacendeu-se quando os partidos da oposição levaram a discussão, no hemiciclo político nacional, os parâmetros da avaliação destes serviços. A primeira avaliação dos serviços privados, que neste caso foi levada a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde, em relatório publicado em 2007, abrangeu as 24 unidades em funcionamento em 2005, tendo concluído que apenas duas (Hospital da Cruz Vermelha e CUF Descobertas), ambas localizadas em Lisboa, realizavam 1500 partos/ano. Nas restantes, a média era de 150 partos/ano, cerca de 10% do exigido às unidades públicas para se manterem em funcionamento.

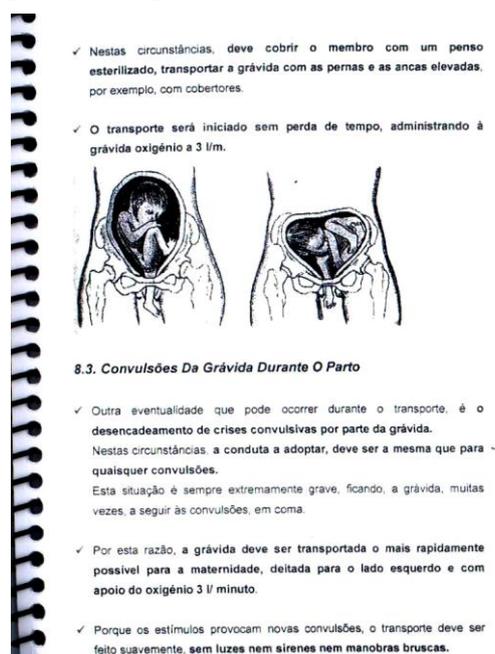
Em 2009, nova avaliação destes prestadores privados de cuidados foi levada a cabo pela mesma entidade, concluindo sobre uma melhoria significativa das condições nestes serviços, para os quais a frequência mínima de três partos semanais foi considerada um dos factores essenciais de avaliação, e um dos principais problemas detectados, já que 8 dos centros de nascimento avaliados, entre as duas avaliações, não atingiram aquele número. Este indicador é demonstrativo do tratamento desigual dado à avaliação dos serviços públicos e privados, sobretudo se atentarmos que nenhuma destas unidades privadas encerrou, apesar do número de partos realizados justificar, à luz dos critérios apresentados na avaliação dos serviços públicos, a sua imediata suspensão. Para além disso, novas unidades têm vindo a ser projectadas para as localidades onde esses serviços públicos foram encerrados, designadamente em Chaves, Mirandela e Santo Tirso. Um dos motores da controvérsia foi, assim, a indignação motivada pela retracção territorial de um serviço público, coadjuvada com uma retracção de direitos, incluindo uma retracção da democracia, já que a medida não respeitou o princípio da soberania do povo, que não participou na decisão:

O cidadão tem entre os direitos inscritos no seu caderno, o direito à indignação e ao protesto. O que aconteceu com o encerramento das maternidades [...] é algo que está muito inscrito na matriz deste governo. Um posicionamento alheado da realidade, de tudo querer das populações. Uma atitude altamente desrespeitosa da vontade do outro, da razão do outro, que se nota na negociação seja do que for. (Líder de Movimento Cívico)

Neste âmbito, é importante sublinhar que o processo que conduziu à implementação da medida em análise se baseou numa decisão política, forjada a partir de conhecimento técnico, pelo que não existiu qualquer espaço de diálogo entre diferentes saberes, que poderiam ter sido úteis à decisão, já que a outros actores, para além dos técnicos e políticos, não foi possível intervir no processo.

O saber cidadão, baseado na experiência quotidiana de quem vive os problemas e que os torna especialistas nas matérias que os definem (Sintomer, 2010), neste caso, não interessou aos decisores políticos. Não obstante, a decisão tomada acabou por potenciar o surgimento de novas configurações de conhecimentos. Por exemplo, e face à probabilidade de mais partos poderem ocorrer durante o transporte de parturientes até às unidades de saúde que passaram a estar mais distantes, algumas corporações de bombeiros passaram a investir na formação “autodidacta” dos seus profissionais, numa clara estratégia de partilha de saberes antes circunscritos ao domínio perito.

Imagem IV - Página de manual de apoio ao parto



Fonte: Cópia de manual gentilmente cedido por uma corporação de bombeiros afectada pela medida.

Ainda neste domínio de análise, pode ser relevante considerar o comportamento estatístico de alguns indicadores, como os reportados no quadro seguinte.

Quadro II - Número de nascimentos, por lugar

	2003	2005	2008
Domicílio	671	568	844
Hospital	104453	101746	96064
Outro lugar	177	109	1050
TOTAL	105301	102423	97958

Fonte: INE, Estatísticas da Saúde.

Embora os valores se refiram a totais nacionais, e na impossibilidade de aceder a estes dados nas regiões afectadas pelos encerramentos, a tendência desenhada demonstra que, a par da diminuição no número total de nascimentos, consentâneo com a diminuição da taxa de natalidade no país, é também significativo o aumento dos partos que passaram a realizar-se no domicílio. Tal parece pressupor a presença de novos actores, portadores de conhecimentos úteis, nesses novos locais de nascimento, talvez os mesmos actores que o paradigma biomédico afastara e de que são exemplo as parteiras.

A necessitar de rigorosa justificação fica ainda a realidade que se encerra na classificação “outros lugares”, não facultada pelo Instituto Nacional de Estatística, pelo que se avança a hipótese, ainda que pouco fundamentada dada a pobreza dos dados disponíveis, de uma possível relação entre o aumento extraordinário de partos “noutros locais” e a execução da medida que levou ao encerramento de blocos de parto.³ Uma das explicações avançadas nos meios de comunicação social sobre essa realidade relacionou-se com o possível aumento de partos em ambulâncias, exactamente como consequência da medida aplicada. Porém, o Ministro António Correia de Campos considerou essa relação infundada, alegando ter vindo a diminuir o número de crianças nascidas em ambulâncias: 126 em 2004; 85 em 2005 e 81 em 2006 (Campos, 2008: 259), embora relevante fosse aceder a dados posteriores a 2006, altura em que os efeitos da medida se passaram a fazer sentir.

³ Os movimentos pela defesa de maior humanização do parto em Portugal, que se opõem ao excesso de intervenção em partos de baixo risco, têm reivindicado espaços onde práticas como, por exemplo, dar à luz na posição vertical e com o auxílio do pai da criança, com o mínimo de intervenção tecnológica, poderiam ser uma explicação para este aumento, já que noutros países têm levado à implementação de “casas de parto”, como são chamadas no Brasil. Não obstante, a possibilidade de poder dar à luz segundo esse modelo de intervenção mínima tem vindo a ocorrer em unidades de saúde como a Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, Hospital Garcia da Orta, em Almada ou o Hospital de São João, no Porto. Esses partos são, no entanto, classificados como tendo ocorrido em contexto hospitalar.

5. AVALIAÇÃO DO EFEITO “PROTESTO”

No caso analisado, apesar das advertências feitas pelo grupo de peritos no relatório entregue ao Governo para que a população fosse ouvida, e das investidas da população em fortes manifestações de protesto um pouco por todas as regiões afectadas, os decisores políticos mostraram-se resistentes ao diálogo durante todos este processo. Desde as primeiras manifestações populares que o Ministro António Correia de Campos classificou publicamente a decisão política de “irreversível”. As jornadas de contestação desencadeadas não conseguiram, portanto, promover qualquer abertura ao diálogo entre as partes em conflito, tendo sido os meios de comunicação social o principal interlocutor na mediação dos argumentos apresentados por ambas as partes. Apesar de duradouras, robustas e muito criativas, as acções de protesto registadas ao longo de dois anos não se mostraram suficientemente fortes para abalar os alicerces de uma cultura enraizada, centralizada e hermética de tomar decisões. Para além disso, não se revelaram capazes de produzir ou exigir espaços institucionalizados de participação, nem de promover um envolvimento regular e mais efectivo dos cidadãos nas decisões políticas.

Quadro III - Os repertórios locais de acção de colectiva

Amarante	<ul style="list-style-type: none"> . Concentração e manifestação em frente ao Hospital S. Gonçalo de Amarante . Mobilização da população por SMS, iniciativa da JSD (Juventude Social Democrata)
Barcelos	<ul style="list-style-type: none"> . Concentração de cerca de 10 mil pessoas à frente da residência oficial do 1º ministro no dia da mãe envergando T-shirts brancas com a fotografia de um recém-nascido. No final foi entrega um documento ao representante do Primeiro-Ministro com reivindicações dos médicos da maternidade local . Providência cautelar . Colocação de tarjas negras na maternidade . Concentração de 20 grávidas com T-Shirts protesto na Assembleia da República para assistir ao sufrágio do voto de protesto apresentado pelo CDS/PP contra o encerramento das maternidades de Barcelos . Bandeiras a meia haste até ao final do ano . Moção aprovada na Assembleia Municipal torna o ministro <i>persona non grata</i> em Barcelos não sendo convidado para qualquer acto público . Vigília nocturna à porta da maternidade no dia do encerramento: sátira humorística com ambulâncias a tocar sirenes insistentemente, motards do clube local a passar ruidosamente pelo meio da multidão, uma furgoneta branca já velha com inscrições do INEM ironizando sobre os meios de transporte que vão levar as parturientes para Braga; organização de um cortejo fúnebre com música a condizer e pessoal trajado a rigor, levando um caixão onde se podia ler "Aqui jaz a maternidade de Barcelos" (horas antes do encerramento) . Envio de postais ao ministro da saúde onde se lia "Nós queremos nascer em Barcelos"
Chaves	<ul style="list-style-type: none"> . Providência cautelar . Concentração popular
Elvas	<ul style="list-style-type: none"> . Providência cautelar . Vigília à porta da maternidade de Elvas . Concentração popular no dia da mãe . Passeata até Espanha
Figueira da Foz	<ul style="list-style-type: none"> . Providência cautelar . Vigília . Cartaz Figueira-Coimbra na estrada A14 alerta para os nascimentos em contexto extra-hospitalar . Vigília pela reaberta da maternidade no Dia Mundial da Criança, distribuição prévia de cerca de

	5000 autocolantes com a frase "Nascer na Figueira" . Caminhada no dia da mãe, na baixa da cidade, pela reabertura da maternidade local . Participação em buzinao em Coimbra pela defesa dos serviços públicos . Movimento cívico endereçou uma carta ao ministro da Saúde reclamando a "reabertura" da valência hospitalar a partir de um abaixo-assinado . Participação num protesto sobre o encerramento de diversos serviços públicos no concelho
Lamego	. Marcha protesto no dia da mãe
Mirandela	. Providência cautelar . Marcha lenta . Vigília na noite do dia da mãe . Colocação de Tarjas negras nos edifícios públicos da cidade, pontes e rotundas e apelo para que a população o faça nas suas varandas . Bandeiras em edifícios públicos a meia haste . Colocação de cartazes gigantes na via rápida IP4 que enumeram os serviços alegadamente em vias de extinção, como maternidades, polícia, tribunais, urgências e direcção regional de agricultura . Envio de 10 mil postais ao Ministro da Saúde, dizendo que têm direito a nascer na sua terra . Invasão das instalações hospitalares depois de concentração popular à porta da maternidade local no imediato ao seu encerramento . Presidente mandou tocar as sirenes dos bombeiros em sinal de protesto e a convocar a população para o protesto no dia a seguir ao encerramento enquanto os funcionários da maternidade colocaram sacos negros nas janelas
Oliveira de Azeméis	. PCP entrega 4 186 postais, com mensagens a favor da manutenção do bloco de partos do Hospital de Oliveira de Azeméis
Santo Tirso	. Providência cautelar . Marcha lenta de protesto pela A3 . Vigília à porta da maternidade . Abaixo-assinado subscrito por 10 mil pessoas entregue ao Governo, dando conta da falta de investimento no hospital. A petição defende a manutenção da Maternidade e a construção de novas instalações para o Hospital . A JSD distribuiu postais dirigidos ao primeiro-ministro

Quando confrontadas com a decisão, rapidamente as populações locais se mobilizaram para o protesto, incitadas pelos movimentos cívicos e o poder político local a quem se reconhece o apoio logístico dado ao movimento de contestação local. O objectivo dessas acções era a manutenção das unidades de saúde locais.

A grande maioria das manifestações realizou-se nas próprias cidades. Apenas a população de Barcelos se deslocou massivamente a Lisboa para protestar em frente à residência oficial do Primeiro-Ministro, num apelo colectivo para que este intercedesse no processo e revertesse a decisão. Noutros locais, os protestos em defesa da maternidade local juntaram-se a movimentos de contestação pela manutenção de outros serviços públicos, o que os levou além das fronteiras da cidade. À semelhança das estratégias comunicativas a que mais usualmente se recorre nas manifestações de protesto, cada cidade criou e gritou palavras de ordem, pintou cartazes e faixas, vestiu T-Shirts com afirmações alusivas à sua causa, envergou bandeiras e distribuiu autocolantes. Autarquias e Movimentos Cívicos criaram blogues de discussão na internet e promoveram iniciativas como "spots" radiofónicos, distribuíram *outdoors* na região e postais que a população enviou pelo correio ao Ministro da Saúde.

As populações locais, mobilizadas para o protesto, concentraram-se em vigília à porta das maternidades locais ou promoveram o protesto em movimento, como as marchas lentas ou as passeatas, com muito ruído associado, numa tentativa clara de se fazerem ouvir: a si, enquanto elementos silenciados num processo e aos seus argumentos, que permaneceram ignorados. Circularam abaixo-assinados reivindicativos que se fizeram chegar ao poder político central e accionaram o direito ao protesto no plano jurídico-legal, interpondo providências cautelares contra o encerramento dos serviços a encerrar. O simbólico não faltou nestas acções, como o negro, em sinal de luto pelos serviços encerrados, ou a bandeira nacional a meia haste, o recurso ao branco em associação à vida dos recém-nascidos, também eles símbolos de uma causa a defender. A esmagadora maioria das manifestações decorreu de forma ordeira e pacífica. Não obstante, a intransigência marcou iniciativas que acabaram por requerer intervenção policial, como a invasão de determinados serviços de saúde. Nem o humor e a sátira deixaram de marcar presença em encenações alusivas à política de saúde nacional.

Muitas destas acções revelaram-se bem-sucedidas no cumprimento do objectivo de demonstrar insatisfação colectiva com uma decisão. Para além disso, foram bem-sucedidas também no cumprimento da mediatização dessas acções ao assumirem o privilégio de se tornarem “directo televisivo” e da ampla cobertura noticiosa dada à controvérsia. Também o reconhecimento da pressão que a mediatização destas acções exerce sobre o Governo foi outro objectivo cumprido. Porém, se o efeito mais desejado era reverter a decisão, então os protestos falharam, já que o plano de encerramentos determinado pelo despacho ministerial foi integralmente cumprido nos prazos previstos.

A análise de imprensa efectuada permitiu, no entanto, a partir da disposição cronológica dos factos, perceber a existência do que aqui se designa por “efeito indirecto dos protestos”. Tal decorre da constatação do facto de o Ministro da Saúde, ou representantes da tutela, ter visitado alguns dos locais afectados pela medida no imediato aos protestos, assegurando contrapartidas ao nível da saúde. É disso exemplo o caso de Amarante, visitada pelo Ministro da Saúde três meses após a decisão do encerramento da maternidade local se ter tornado pública. No âmbito dessa visita, o Ministro reuniu com o presidente da câmara local, tendo sido acordada a requalificação da unidade de saúde encerrada. Também em Chaves, visitada pelas autoridades de saúde regionais, foi garantido o investimento de 7 milhões de euros na reestruturação da unidade local de hemodiálise pouco tempo depois de os protestos terem sido desencadeados nesta região. Em Lamego, depois de abortado o concurso público para a construção de um novo hospital, e alguns meses depois da publicação do despacho, o então Ministro da Saúde aprovou um novo plano de construção. Em Oliveira de Azeméis não se chegaram

a registar protestos significativos, talvez porque o Ministro visitou o local poucos dias depois da publicação do despacho e garantiu a reabilitação da unidade a encerrar e a construção de um novo serviço de cuidados fisiátricos. Em Santo Tirso, seis meses depois do encerramento da maternidade local o Ministro da Saúde aprovou o novo Centro Hospitalar da região, a sediar nessa cidade.

Estas contrapartidas podem aqui ser reconhecidas como os efeitos indirectos causados pelos protestos ocorridos, o que justifica ainda o abrandamento ou a total ausência de referência a protestos nestas localidades depois de se ter tornado pública a intenção de investir nesses projectos de saúde a nível local/regional. Um outro efeito indirecto dos protestos, embora esperado em resultado da impopularidade a que o Ministro António Correia de Campos ficou associado, foi a sua substituição no Governo. Sobre este processo, a sua sucessora, a Ministra Ana Jorge, admitiu fragilidades, designadamente que a reestruturação implementada não se devia ter baseado apenas no critério dos 1500 partos/ano e que a distância a serviços alternativos deveria ter sido bem equacionada na decisão. Contudo, não ponderou, em momento algum, a reabertura dos serviços encerrados. Cinco anos volvidos sobre a implementação da medida, o encerramento de maternidades e os protestos a ele associados deixaram de ser notícia. Em alguns casos a controvérsia é relembrada apenas quando se registam nascimentos em ambulâncias.

Localmente, a controvérsia continua a marcar diferentemente as populações e os protestos perduraram mais nuns casos do que noutros. Na Figueira da Foz, um ano após o encerramento da maternidade local, as acções de protesto mantinham a mesma vitalidade e a população continuava a reclamar a reabertura da maternidade local.

**Imagem V - Protesto alusivo ao número de crianças nascidas em meios de transporte
Colocado na estrada Figueira da Foz - Coimbra**



Fonte: Foto gentilmente cedida pelo Movimento Cívico 'Nascer na Figueira'.

Em Mirandela, a polémica ainda hoje se faz sentir, sobretudo pela voz do autarca local e em associação a outros protestos motivados pelo encerramento de outros serviços públicos na região. Em Elvas, um dos locais mais mediáticos desta controvérsia pelas relações que a medida implicou com os serviços de saúde materno-infantis de Badajoz, em Espanha, vinga actualmente um clima de satisfação em relação aos serviços prestados no país vizinho.

Das inúmeras e localizadas acções de protesto e consequente mobilização popular já quase nada se reporta na imprensa e apenas se vai encontrando algum eco de descontentamento no espaço virtual, pelo que, embora possa ainda perdurar o sentimento de insatisfação e desacordo, a medida, na maior parte dos casos, acabou por ser assimilada e é agora encarada com a normalidade imposta pelo tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discussões como esta têm vindo a revelar-se úteis para a compreensão do contexto político actual, marcado por sinais de crise de legitimidade e de governabilidade, onde as práticas plurais de governação, o envolvimento crescente dos cidadãos e a sua inclusão na consecução pública das decisões parecem constituir-se como parte da solução. As sociedades têm vindo, assim, a enaltecer a importância do envolvimento dos cidadãos em processos de decisão que designam de “boas práticas governativas”, contudo, não dão ainda a merecida relevância aos protestos enquanto espaços de deliberação democrática e enquanto forma de participar nas decisões. Em parte, isto sucede porque a participação pública, em determinadas sociedades, é demasiado condicionada pelo poder político, que define ‘como, em quê e quem’ pode participar nos processos públicos de decisão.

Em países como Portugal, membro da União Europeia – defensora dessas boas práticas governativas assentes na crescente abertura das decisões aos cidadãos –, continua a prevalecer uma cultura governativa baseada na ideia de que só os representantes políticos são legítimos detentores das decisões. Em casos como o analisado, os protestos são encarados, não como formas legítimas de participação, como um direito que pode ser exercido, mas como acções disruptivas da ordem pública. Não obstante, tais dinâmicas têm vindo a revelar-se verdadeiros arranjos institucionais e de distribuição de poder, isto porque em democracia as decisões não são, nem caixas negras, nem propriedade exclusiva de alguns actores sociais. Em verdadeira democracia as decisões dizem respeito a todos.

As acções de contestação protagonizadas pelos cidadãos face a decisões políticas, como as que aqui se analisaram, assumem-se como manifestações de poder contra-

hegemónico que tentam dar visibilidade à indiferença, ou seja, "convulsões" da sociedade civil que visam a transformação social e que, em simultâneo, permitem capacitar os cidadãos para uma participação mais efectiva a enquadrar em processos de decisão mais amplos e democráticos. Neste processo, as principais linhas argumentativas avançadas pelos movimentos e populações afectadas enfatizaram a retracção dos serviços públicos de saúde, a crítica à dimensão economicista da política de saúde nacional e as consequências nefastas da medida face à interioridade e ao subdesenvolvimento regional. Mas foi também a falta de diálogo, a ausência de discussão democrática e a irrelevância dos interesses das populações que se tornaram *leitmotiv* neste processo.

Os protestos constituem-se, assim, como espaços intersticiais não institucionalizados que se situam entre a vida quotidiana e a política institucional, capazes de dar vida a formas de democracia participativa, embora neste processo, tal como os três macacos sábios do provérbio nipónico, os decisores políticos tivessem encarado os protestos como "um mal" a evitar a todo o custo, recusando-se a ouvir, a ver ou a falar sobre tudo o que com eles se relacionou.

ANA RAQUEL MATOS

Investigadora do Centro de Estudos Sociais e membro do Núcleo de Estudos sobre Ciência, Economia e Sociedade (NECES). É bolsista de doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia e integra o programa de doutoramento do Centro de Estudos Sociais/Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra "Governança, Conhecimento e Inovação". Os seus actuais interesses de investigação incidem nas questões relacionadas com a participação cidadã em contextos públicos de decisão, capacitação e democracia.

Contacto: amatos@ces.uc.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bächtiger, André; Niemeyer, Simon; Neblo, Michael; Steenbergen, Marco e Steiner, Jürg (2010), "Symposium: Toward More Realistic Models of Deliberative Democracy Disentangling Diversity in Deliberative Democracy: Competing Theories, Their Blind Spots and Complementarities", *The Journal of Political Philosophy*, 18 (1), 32-63.
- Bohman, James (1998), "Survey Article: The coming age of deliberative democracy", *The Journal of Political Philosophy*, 6 (4), 400-425.
- Campos, António Correia (2008), *Reformas da Saúde. O Fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- CNSMN - Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (2006), *Organização Perinatal Nacional. Programa de Saúde Materna e Neonatal*. Lisboa: s/e.

- Cohen, Joshua (1999), "Changing Paradigms of Citizenship and the Exclusiveness of the Demos", *International Sociology*, 14, 245-268.
- della Porta, Donatella e Diani, Mario (1997), *I movimenti sociali*. Roma: La Nuova Italia.
- della Porta, Donatella (2003), *Introdução à Ciência Política*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Dryzek, John S. (2000), *Deliberative Democracy and Beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Dryzek, John S. (2009), "Democratization as Deliberative Capacity Building", *Comparative Political Studies*, 42 (11), 1379-1409.
- Dryzek, John S. (2010) "Rhetoric in Democracy: A Systemic Appreciation", *Political Theory*, 38 (3), 319-339.
- Elstub, Stephen (2010), "The Third Generation of Deliberative Democracy", *Political Studies Review*, 8, 291-307.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2007), *Caracterização dos prestadores de cuidados de saúde com centros de nascimento*. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.
- ERS - Entidade Reguladora da Saúde (2009), *Caracterização dos prestadores de cuidados de saúde com centros de nascimento*. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde.
- Flacks, Dick (2005), "A questão da relevância nos estudos dos movimentos sociais", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 72, 45-66.
- Font, Núria (1998), "New Instruments of Citizen Participation", *Working Papers*, 152, 1-19.
- Fung, Archon e Wright, Erik Olin (Orgs.) (2003), *Deepening Democracy: Institutional innovations in empowered participatory governance*. London: Verso.
- Gutmann, Amy e Thompson, Dennis (1996), *Democracy and Disagreement*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Held, David (2007), *Models of Democracy*. Cambridge: Polity Press.
- Hendriks, Carolyn (2006), "Integrated Deliberation: Reconciling civil society's dual role in deliberative democracy", *Political Studies*, 54, 486-508.
- Juris, Jeffrey (2008), "Performing Politics. Image, Embodiment, and Affective Solidarity during Anti-corporate Globalization Protests", *Ethnography*, 9 (1), 61-97.
- Melucci, Alberto (2001), *A invenção do presente*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Mendes, José Manuel e Seixas, Ana Maria (2005), "Acção colectiva e protesto em Portugal (1992-2002)", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 72, 99-127.
- Mouffe, Chantal (2000), "Deliberative Democracy or Agonistic Pluralism", *Reihe Politikwissenschaft/Political Science Series*, 72. Acedido em 26 de Março de 2010, em http://www.ihs.ac.at/publications/pol/pw_72.pdf.
- Mouffe, Chantal (2005), *The Democratic Paradox*. London: Verso.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2006), *Um ano de governação em Saúde: sentidos e significados*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Pearce, Jenny (2010), "Introduction", in Jenny Pearce (org.), *Participation and Democracy in the Twenty-First Century City*. New York: Palgrave Mcmillan, 1-33.

- Rosenberg, Shawn (2007), "An Introduction: Theoretical perspectives and empirical research on deliberative democracy", in Shawn Rosenberg (org.), *Deliberation, Participation and Democracy. Can the People Govern?* New York: Palgrave Macmillan, 3-22.
- Sanders, Lynn (1997), "Against Deliberation", *Political Theory*, 25 (3), 345-376.
- Santos, Boaventura de Sousa (Org.) (2002), *Democratizar a democracia. Os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sintomer, Yves (2010), "Saberes dos cidadãos e saberes políticos", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 91, 135-153.
- Sousa, António Francisco (2009), *Direito de reunião e de manifestação*. Lisboa: Quid Juris.
- Stoker, Gary (2006), *Why Politics Matters: Making democracy work*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tarrow, Sidney (1997), *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, acción colectiva y la política*. Madrid: Alianza Universidad.

QUE SABERES, EM QUE DIÁLOGO(S), NAS TRAJECTÓRIAS DE REPRESENTAÇÃO REGULATÓRIA DAS ASSOCIAÇÕES DE DOENTES?

TELMO COSTA CLAMOTE

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA (ESTeSL), IPL

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E ESTUDOS EM SOCIOLOGIA (CIES), ISCTE-IUL

Resumo: A atenção das ciências sociais ao diálogo institucional entre actores periciais e leigos vem destacando esse momento potencial da sua intersecção como acarretando uma politização da regulação do campo da saúde, descurando outros planos de articulação dos saberes que tais actores comportam e os efeitos que o seu trânsito social para a esfera institucional implica na morfologia dos próprios saberes diferenciados que visaria relevar. Este artigo pretende reconstituir analiticamente as modulações dos saberes leigos implicadas nas suas trajectórias de representação regulatória pelas associações de doentes, providenciando uma instância de reflexão sobre as opacidades analíticas que alguns investimentos propositivos neste domínio podem gerar, no reverso das suas próprias intenções.

Palavras-chave: saberes leigos, associações de doentes, trajectórias de representação, saberes periciais, regulação social da saúde.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde tem-se constituído como um terreno empírico de excelência para a apreensão pelas ciências sociais da forma como — à sombra da dominância dos saberes periciais produzidos pela(s) ciência(s) moderna(s) que se tornaram o pilar epistémico de regulação social das sociedades modernas (Santos, 2000) — os actores sociais ditos leigos persistem estruturalmente na elaboração de saberes próprios, referentes às suas experiências incorporadas de saúde e de doença.

O crescente reconhecimento desse facto tem suscitado dinâmicas de propositividade social aplicada à crescente politização da tutela pericial dos processos de regulação social, para o caso, do campo da saúde. Essa propositividade tem seguido no sentido da promoção de formas de participação e discussão dos processos de regulação informadas

por uma pluralidade de sujeitos sociais, suas mundividências e lógicas de racionalidade, para a conformação de formas de democracia técnica (Callon *et al.*, 2001) em sociedades crescentemente marcadas por dinâmicas de incerteza nas consequências da produção e aplicação de conhecimento técnico-científico na vida quotidiana.

Contudo, o enfoque analítico nessas dinâmicas emergentes de politização, quando não a propositividade de as promover, ao inscrevê-las num processo social com alguns contornos teleológicos, pode perder de vista as processualidades implicadas no trânsito dos saberes leigos, por actores sociais com alguma atribuição de representação (como as associações de doentes), para esferas regulatórias institucionais. Estas esferas constituem-se não como arenas de participação pluralista indiferenciada, mas como quadros social e culturalmente marcados de participação, onde diferentes actores encontram possibilidades desiguais de projectar as suas perspectivas e interesses estratégicos, em função de potenciais diversos de poder social. Particularmente relevantes na distinção dessas possibilidades de participação consequente (que não apenas simbólica) nas esferas regulatórias são precisamente as distinções normativas que essas esferas operam entre os diversos saberes e perspectivas que podem convocar, como seja entre a pericialidade e vozes diversas da dita sociedade civil (desde logo ocultas na equívoca homogeneização da designação). Ora, encontrando-se os saberes leigos, daí emanados, numa posição de secundarização na estrutura normativa dos processos de regulação social, tal implica que a sua capitalização em esferas de deliberação regulatória se encontra estruturalmente tolhida pelos constrangimentos dos dispositivos de participação, implicando também, conseqüentemente, que os representantes desses saberes desenvolvam formas de modulação dos mesmos para os acomodarem a essa participação.

Daqui resulta que, por um lado, socialmente, o trânsito dos saberes leigos dos seus contextos informais de produção para esferas deliberatórias de regulação implica algo de uma metamorfose na morfologia e impactos sociais desses saberes nas suas esferas originais de produção, particularmente ao medirem-se estruturalmente com a primazia dos saberes periciais. Resulta também, sociologicamente, que remeter privilegiadamente o relevar analítico (quando não propositivo) desses saberes para essa instância potencial da sua articulação institucional com outros saberes pode implicar perder o rasto analítico da sua significância social em outras dinâmicas mais informais de intersecção com a produção e difusão de conhecimento pericial e os dispositivos regulatórios que sustentam.

Torna-se, portanto, imperativo não circunscrever analiticamente a operação social dos saberes leigos a formas institucionais de protagonismo e, como correlato, não perder o controlo analítico dos efeitos que essas dinâmicas de institucionalização produzem

sobre os saberes de base que visam veicular. Tal vai no sentido de nos prevenir da ilusão analítica de pressupor que as perspectivas sociais e construtos cognitivos podem circular imutáveis e imunes aos constrangimentos inerentes a processos de difusão e discussão social e culturalmente organizados onde, a despeito de retóricas de pluralização, se projectam distinções epistémicas do valor de saberes desiguais, diferenças de recursos e poder entre os seus actores e interesses sociais mutáveis e multifacetados na sua projecção sobre tais foros afinados pelo bem público.

Este artigo toma como caso de análise as trajectórias de representação pelas quais as associações de doentes vêm crescentemente engendrando pontes entre os universos de saberes leigos, que albergam e potenciam, e os mundos institucionais de produção de conhecimento e regulação periciais sobre a saúde. Aquilo que essas trajectórias nos permitirão captar será, precisamente, os constrangimentos institucionais que a veiculação de saberes leigos encontra nas esferas regulatórias, e os efeitos correlatos de modulação desses saberes que esse trânsito implica, com vista a potenciar a sua influência institucional.

Para se poder perceber analiticamente as margens e os limites de projecção dos saberes leigos nas dinâmicas regulatórias formais do campo da saúde, torna-se pois necessário dar conta de diferentes níveis de análise implicados nas trajectórias que operam o trânsito desses saberes dos seus contextos de produção para esferas de deliberação regulatória: dar conta da especificidade desses saberes, em particular na relação com a dominância dos saberes periciais; perceber em que medida as associações de doentes, como albergues e veículos privilegiados desses saberes, os enformam na organização da vida associativa e nas suas trajectórias de representação nas esferas regulatórias; como é que essas trajectórias se diversificam e adaptam, dada a estrutura tendencialmente corporativa da regulação no campo da saúde (Abraham, 1997), para potenciarem a capitalização dos saberes que veiculam e dos interesses estratégicos que representam em diversas arenas de articulação com diferentes actores regulatórios (não só estatais, como periciais ou mercantis); e que efeitos, em última análise, essas diversas formas de articulação sistémica entre saberes podem suscitar na transformação (ou não) da regulação social da saúde e da produção de conhecimento.

Para tal efeito, este texto toma como base empírica uma pesquisa exploratória sobre as dinâmicas correntes de prefiguração social e reorganização institucional, por vários actores nelas envolvidos, do papel das associações de doentes nas dinâmicas de regulação social da saúde.

Tendo tido a oportunidade de acompanhar algumas das processualidades de planeamento e inquirição de um estudo recente, de largo escopo, que procurou recensear e caracterizar o universo de associações de doentes em Portugal (Nunes *et*

al., 2007), foi possível organizar com algum controlo teórico e metodológico uma pequena pesquisa comparativa aplicada a associações de doentes, cujo conhecimento prévio por aqueles procedimentos permitiu identificar como corporizando modelos, tendencialmente, diferentes, do ponto de vista das suas inscrições nosológicas (para o caso, *grosso modo*, entre doenças infecciosas, doenças contestadas e doenças crónicas sedimentadas) e, particularmente, dos seus modelos de implantação social e projecção nas dinâmicas regulatórias do campo (nomeadamente entre um modelo principalmente ancorado numa dinâmica de envolvimento comunitário e tutelar, outro mais assente na atracção e captação de actores e recursos na amplitude pericial e mercantil do campo da saúde, e outro ainda distinguido pela proximidade umbilical ao universo pericial e estatal, pela via da contratualização pública de serviços periciais da própria associação). Foram assim entrevistados três informantes privilegiados com responsabilidades dirigentes (presentes ou recentes) em três associações de doentes (respectivamente, em alinhamento com os critérios de selecção atrás indicados: a SOS Hepatites; a Myos – Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica; e a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal – APDP¹). A essas entrevistas se somaram outras duas com responsáveis de duas instâncias institucionais igualmente concorrentes para a construção do papel das associações de doentes em dinâmicas de regulação social do campo da saúde: as federações de associações de doentes, neste caso pela voz da Federação das Doenças Raras de Portugal (Fedra); e a tutela pública do campo, aqui através da Divisão de Participação da Sociedade Civil da Direcção Geral de Saúde.

Através desta estratégia metodológica de triangulação analítica de actores sociais envolvidos na construção de uma mesma dinâmica social, pretende-se efectuar uma sobreposição analítica das projecções sociais de cada um desses actores sobre aquela dinâmica, com vista a dar conta das convergências e discontinuidades que revelam entre elas, usando-as como instrumentos heurísticos para perceber os investimentos estratégicos pelos quais esses actores procuram reafirmar os seus interesses sociais numa esfera regulatória em transformação. Tal visa perfazer assim um quadro bem mais complexo de análise da possível emergência de processualidades de articulação institucionalizada de saberes em saúde na esfera da regulação, e seus presumíveis efeitos, ao arripio das suas intenções propositivas.

¹ Apesar de este entrevistado ter sido abordado, entre outros motivos, por assumir a valência analítica de uma dupla filiação institucional - não só com a APDP mas igualmente com a Associação de Defesa dos Diabéticos (ADD) -, na circunscrição do propósito analítico deste artigo, em torno da modulação associativa dos saberes leigos, apenas a primeira filiação foi relevada, em função do contraste estabelecido com os outros modelos de organização associativa referidos, e dada a particularidade da breve história social da ADD. Para a exploração do seu contraponto ao modelo institucional da APDP em outras dimensões de análise, cf. Clamote (2010a).

1. PRODUÇÃO E CIRCULAÇÃO DE SABERES SOBRE SAÚDE: CONVERGÊNCIAS E DESCONTINUIDADES SOCIAIS ENTRE PERICIALIDADE E UNIVERSOS LEIGOS

Enquanto campo social (Bourdieu, 1989) modernamente constituído, o campo da saúde, no âmbito das dinâmicas de racionalização (Weber, 1978) constitutivas normativamente do espaço social da modernidade, foi sendo organizado em função da dominância epistémica, política e social dos modos de conhecimento e prática terapêutica da medicina moderna. E enquanto disciplina moderna - e face à desregulação do campo representada por fenómenos como formas de autonomia leiga no desenvolvimento de práticas de saúde a diversas escalas de distanciamento da primazia normativa de directrizes médica na gestão da saúde dos corpos e populações (Foucault, 1994) - não será de espantar que as abordagens sociológicas das práticas de saúde dos indivíduos tenham começado por conceptualizar as suas razões sociais largamente sob o estatuto conceptual de crenças. Esse conceito de crenças sobre saúde permitia, num passo, encontrar uma explicação para a especificidade das práticas leigas de saúde e preservar a racionalidade médica como norma social para a definição dos fenómenos de saúde e doença e das formas válidas de acção face aos mesmos.

Contudo, não só a irracionalidade do pensamento leigo sobre saúde e doença (para o caso), como a inexpugnabilidade cognitiva da medicina moderna, se foram tornando pressupostos epistémicos cada vez mais incongruentes. Tal torna-se particularmente evidente - e paradoxalmente - com o próprio processo de racionalização social do campo da saúde, contemplando a crescente exposição dos sujeitos à intervenção disciplinar da medicina no discurso e prática pública sobre saúde. Ao contrário dos pressupostos dessa racionalização, os seus efeitos sobre aquela dicotomia epistémica não se produziram pela diluição dos saberes leigos na aquiescência à primazia da pericialidade, mas antes pelo incremento da porosidade das suas fronteiras através da apropriação (que não internalização automática) leiga de saberes periciais para a reorganização reflexiva das suas próprias práticas e lógicas de saúde, assim mantendo estruturalmente a sua distintividade.

Se a efectividade da difusão racionalizante de saberes periciais sobre saúde acaba por se conformar, empiricamente, em dinâmicas de reflexividade social (Giddens, 1990) dos actores leigos e não de racionalização absoluta e homogénea das suas concepções nesse domínio, tal torna-se um indicador que cada vez mais reforça a noção de que o desenvolvimento de lógicas e formas próprias de acção se constitui como um imperativo social de relação leiga com o domínio da saúde, e não como um défice de exposição a informação e recursos periciais que potenciasses a conformação dos sujeitos às suas estritas orientações (Clamote, 2010b). A própria evidência crescente, que poderíamos designar como hiper-moderna, de crescentes contradições entre esferas periciais

diferenciadas com jurisdição conflituante sobre os mesmos problemas sociais, ao romper com pressupostos de unicidade e estabilidade na noção pública de norma pericial, tornam a intervenção leiga num espectro em dilatação de dinâmicas de regulação não pericialmente consensualizadas não só uma necessidade intrínseca de gestão da vida própria, como uma exigência sistémica. O papel decisório da acção leiga na reprodução sistémica dos processos de regulação social torna, pois, cada vez menos sustentáveis os pressupostos da auto-suficiência e evidência dos saberes periciais nesses processos de regulação, do carácter exógeno da autonomia leiga face aos mesmos, e da irracionalidade das lógicas que sustentam essa autonomia.

Ao denotar-se cada vez mais o carácter dinâmico e construído das lógicas que pautam as formas de acção leiga face à saúde, incluindo nessa dinâmica a apropriação reflexiva de saberes periciais, essas lógicas denegam de forma crescentemente evidente um qualquer estatuto de resquícios culturais pré-modernos, e afirmam-se como saberes, a seu modo, modernamente constituídos, activamente construídos (Baszanger, 1989), e operativos na regulação dos processos incorporados de saúde e doença.

O facto de, a despeito dessas dinâmicas modernas acrescidas na sua constituição, os saberes leigos permanecerem num limbo de desconsideração epistémica e política, tem pois suscitado reivindicações e propositividades de participação formal no espaço da regulação. Contudo, as dinâmicas de regulação fenomenologicamente discerníveis do campo da saúde conhecem padrões que estão para lá dos mecanismos formalmente instalados para o efeito. Nesse sentido, independentemente das propositividades que se possam veicular relativamente à ampliação das processualidades de democracia técnica, com o fito de a ampliar às mais diversas formas de inscrição social e de saberes e interesses sociais aí localizáveis, é questão analítica prévia e inalienável conhecer o campo dessas inscrições, a forma como esses saberes já operam na regulação fenomenológica dos regimes de doença dos sujeitos, e as trajectórias pelas quais esses saberes são representados ou representáveis em outros espaços sociais de discussão que não aqueles da sua inceptção e operacionalização imediata. A presunção da transponibilidade deliberativa desses saberes resulta, pois, uma ingenuidade analítica com efeitos de ocultação das realidades sociais que ancoram esses procedimentos e seus efeitos potencial ainda que tacitamente excludentes de estruturas institucionais de participação. Sustenta ainda um viés formalista na apreensão das dinâmicas de politização da regulação da saúde, ao facilmente negligenciar, por exemplo, formas de contestação de regimes de doença institucionalizados, de natureza tendencialmente desmedicalizante, que incorrem largamente no distanciamento de esferas formais, tendencialmente pericializadas, de regulação.

Assim sendo, no início desta trajetória analítica, uma primeira estação sedia-se na consideração da especificidade dos próprios saberes leigos, enquanto categoria conceptualmente distinta de outros operadores heurísticos de compreensão das lógicas de racionalidade leiga, e previamente às próprias possibilidades de enformação dos mesmos no quadro dos seu veículos institucionais mais prováveis hoje em dia, como sejam as associações de doentes.

No contexto de relevo analítico e propositivo da questão dos saberes leigos, como dissemos, várias discussões têm sido produzidas em torno da constituição de saberes leigos em saúde. Contudo, tais discussões persistem amiúde em ver-se analiticamente tolhidas por duas ordens de enquadramento desses saberes que tendem a deixar escapar a marca da sua distintividade social.

Uma, passa por abordagens pouco discriminativas na distinção analítica dos saberes leigos de outros componentes sociais, culturais e ideológicos de organização das lógicas de racionalidade leiga, como tal, correlacionados com os saberes que elas igualmente contemplam, mas analiticamente diferenciáveis dos mesmos. Tal torna-se relevante na medida em que os saberes não substituem, esgotando, todas as dimensões conceptuais operativas para captar as lógicas de racionalidade leiga (como, por exemplo, as concepções de saúde), mas são provavelmente o operador conceptual mais próximo da modulação das práticas de saúde - quanto mais se vão distanciando de meros mimetismos de tutelas tradicionais ou profissionais - funcionando assim num plano dialógico mais incisivo. Para além disso, essas distinções analíticas permitem-nos melhor cartografar como se enformam as diversas perspectivas a serem convocadas para processos de participação regulatória, para a compreensão do seu alcance e posicionamento num processo deliberativo. Assim, pressupostos como o da ilusória homogeneidade do espaço da sociedade civil (contemplando, por exemplo, o (re)posicionamento de actores profissionais/periciais ou confessionais na esfera do terceiro sector na saúde, em instituições particulares de solidariedade social (Lopes, 2001) - tal como associações de doentes, formalmente, mas constituídas por constelações de actores diversos) ou das próprias perspectivas leigas (cuja integração na discussão e vigilância pública em arenas regulatórias se não faz sob a égide exclusiva dos saberes particulares que possam trazer à colação, como se dissociados de outros entendimentos sociais, culturais, ideológicos que enformam dinamicamente as suas perspectivas e interesses) não colhem para a compreensão das composições e ponderações desiguais que informam os processos de deliberação regulatória, que diferentes actores com diversos recursos e interesses procuram maximizar estrategicamente a despeito de uma retórica de pluralização indiferenciada. Torna-se pois crucial operar também aqui um controlo cognitivo que permita cartografar as formas

específicas de articulação de saberes, e outras dimensões de organização das perspectivas sociais em diálogo, que os processos de participação regulatória possibilitem, e os efeitos que conseqüentemente produzam, por contraponto às suas finalidades declaradas.

Outro enquadramento equívoco dos saberes leigos passa pela sua apreensão (por vezes com propósitos ingenuamente legitimadores) através da associação privilegiada a outros corpos de saberes, assumidos como matriciais da natureza subsidiária dos leigos, sejam eles produzidos e reproduzidos em contextos sociais e culturais particulares sob a via de tradições terapêuticas, ou sejam eles os próprios saberes periciais. Este último caso é exemplar das tentativas de relevo social dos saberes leigos, assumindo facilmente a sua aproximação aos saberes periciais como uma via de validação retórica da participação dos actores leigos (como que pericialmente capacitados) nos processos terapêuticos e, por extensão, na própria discussão política dos regimes de doença em que se inserem.

Ora, também aqui, não denegando (pelo inverso) a correlação que há entre os saberes leigos e outros corpos de saberes, qualquer definição daqueles que passe pela sua subsumção essencialista a uma matriz de saberes externos é fatora de um reducionismo da especificidade daqueles saberes. Tal acabaria, aliás, por finalmente minar a própria intenção propositiva que essa sugestão de validação pericializada dos saberes leigos tende a acarretar, na medida em que, perdendo o alcance da sua distintividade social, a sua incorporação regulatória com vista a uma pluralização efectiva de processos de participação e deliberação no campo da saúde tornar-se-ia, na melhor das hipóteses, espúria.

As discussões correntes em torno de uma presuntiva *lay expertise* (Arksey, 1994), por exemplo, têm afinado a bitola do relevo dos saberes leigos pela sua crescente aproximação à matriz dos saberes periciais, assumindo os actores leigos nessa medida como pares capacitados para entrar em diálogo com a pericialidade. No entanto, o que os processos mais politizados de participação leiga em esferas deliberativas e decisórias em contextos de pesquisa científica, como no caso do HIV nos Estados Unidos da América (Epstein, 2000) e em França (Barbot, 2002), permitiram documentar, foi como o aprofundamento dessa *lay expertise* levou à crescente sensibilização dos actores leigos - que por essa via foram socializados para a participação nas deliberações periciais - às perspectivas aí dominantes, distanciando-se das perspectivas de base para cuja defesa haviam sido ingressados em primeira instância. Por essa via, será fácil de perceber que tomar essa dinâmica, efectiva mas não definitiva, de aproximação à pericialidade na constituição de saberes leigos como o foco analítico de apreensão da sua especificidade acabaria por os colocar numa posição de indistinção analítica num contínuo que, à

maneira das velhas expectativas de racionalização pericial e unívoca do mundo social, reitera o saber pericial (desde logo escamoteando analiticamente a sua diversidade interna) como a teleologia auto-suficiente de qualquer produção cognitiva.

Ora, se é um facto que na constituição dos saberes leigos os saberes periciais se tornam cada vez mais um recurso central, tornando a própria dependência dos mesmos como um factor estruturante de modernas formas de autonomia leiga (Lopes, 2007), a exterioridade face a esses mesmos saberes (e a quaisquer outros socialmente circunscritos a produtores ou guardiões minimamente especializados) não deixa de ser uma condição estrutural da sua produção. Nesse sentido, os saberes leigos são balizados por formas de apreensão dos fenómenos de saúde e doença nos seus contextos sociais de experiência, e de controlo cognitivo da sua gestão por apropriação e validação de saberes outros, assentes em observação, comparação e experienciação afinada, em última instância, pela experiência corporal (Lopes, 2007). São, nesse sentido, saberes efectivamente subsidiários, mas apenas na medida em que capitalizam outros corpos de saber a partir da sua posição de exterioridade, desenvolvendo formas de validação distintivas sobre os mesmos, e operando um controlo cognitivo próprio sobre o que é integrado nas suas lógicas de racionalidade próprias. Ou seja, a singularidade dos saberes leigos passa, não pela particularidade variável dos conteúdos que possam incorporar, mas pelas suas modalidades sociais de apropriação, validação e incorporação desses saberes para constituir *corpus* cognitivos adaptados aos seus contextos sociais e culturais de vivência quotidiana.

Tal implica, pois, que os saberes leigos organizam modos de apreensão e intervenção fenomenológicas particulares no quadro de finalidades de saúde social e culturalmente formuladas e corporalmente ressentidas que, mesmo quando partem de orientações clínicas para a definição de problemas e respostas, operam formas de adaptação cognitivamente controlada (entre outras) dessas orientações aos constrangimentos e desejabilidades enraizados nas suas circunstâncias sociais e culturais, e à bitola da sua experiência corporal.

Contudo, nesse sentido, são também saberes que, pela sua definição básica, não se conformam facilmente a lógicas de formalização e generalização, inclusive pela sua dependência de outros saberes. Não obstante, ao mesmo tempo, pela sua resiliência social, denunciam os limites estruturais dos saberes e recursos periciais quando a sua acção sai do laboratório para o campo dos corpos vividos e suas multicausalidades mais anárquicas. É essa, em certa medida, a derivação epistémica mais primordial da apreensão analítica da operação dos saberes leigos: não a sua potencialidade marginal de constituir corpos alternativos de saberes, mas o reflexo nas suas estratégias

adaptativas dos limites da potencialidade de generalização uniformizada da operação dos saberes periciais no mundo vivido.

Também nessa medida, poder-se-ia dizer os saberes leigos serem já, intrinsecamente, uma instância de co-produção de conhecimento, ainda que *in absentia*, ou não explicitamente dialógica. Contudo, precisamente dada a sua especificidade de construção cognitiva, na medida em que operam subalternamente a formas de regulação dominadas por saberes periciais, ou ainda subsidiariamente a outros corpos de saberes minimamente sistematizados (como populares ou “alternativos”), estes não são saberes que à partida concorram para modos de formalização e difusão exteriores a contextos de sociabilidade. É no quadro de tais contextos que dinâmicas de experimentação assentes em bases relacionais de confiança interpessoal são passíveis de apelar à circulação daqueles saberes para calibrar percursos terapêuticos individuais.

Aí, aliás, se desvela como as potencialidades da sua incorporação reflectem igualmente os limites da sua generalização, assentes na sua irreduzibilidade última. É o facto de as experiências de doença serem muitas vezes, igualmente, experiências-limite, e serem intensamente partilhadas, que cria um patamar de razoabilidade para a eventual exposição experimental a saberes, na sua origem cognitiva, não generalizáveis. Ou seja, os saberes leigos não viajam imaculados se destacados das suas condições primeiras de produção, validação, circulação e aplicabilidade. Na medida em que qualquer processo de diálogo tende a implicar, pela sua natureza, o horizonte da não irreduzibilidade das perspectivas que convoca, a posição estrutural de assumpção e representação de saberes leigos em contextos de circulação e exposição institucional tende a produzir um efeito (auto)restritivo no seu alcance, comparativamente com o assumido nos seus contextos de produção, potencialmente mais temerário.

Como tal, a emergência de saberes leigos *de facto* em processos institucionais deliberativos (qualquer que seja o seu grau de formalização) e de produção de conhecimento tenderá a só ser viabilizada numa trajectória que os enquadre em actores sociais institucionalmente vocacionados para enformar dinâmicas de representação dos actores leigos e dos saberes que comportam, como sejam, particularmente, as associações de doentes.

Nessa medida, cabe-nos analiticamente perceber como é que esse enquadramento institucional enforma os saberes leigos para melhor os veicular, e de que forma eles se constituem como recursos para, além de colocar fenomenologicamente em questão um hiato epistémico absoluto entre saberes leigos e periciais, questionar a sua exclusão normativa dos processos institucionais de conhecimento e regulação dos fenómenos de saúde e doença.

2. SABERES LEIGOS NAS TRAJETÓRIAS DE REPRESENTAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE DOENTES

Na sua agregação de actores leigos associados pela experiência incorporada de uma mesma condição patológica, as associações de doentes configuram-se facilmente como instâncias institucionais de circulação de saberes leigos sobre essas condições. A própria experiência da cronicidade, no seu prolongamento temporal da vivência corporal de uma condição patológica promove, quase por defeito, a estabilização cognitiva de quadros de percepção de sintomas que se vão padronizando e constituindo instrumentos de gestão estratégica da doença para lá das margens de apelo a sistemas periciais.

Nesse sentido, as associações constituem-se claramente como campos potencialmente privilegiados de acumulação primitiva de conhecimento (Callon e Rabeharisoa, 2003), em que a sedimentação em temporalidades crescentes de observações leigas sobre as experiências de doença vai fazendo emergir padrões da sua densificação casuística. Não só a esse nível mais passivo, mas em outras formas de potenciação daquela acumulação de conhecimento, a circulação de saberes leigos sobre experiências de doença circunscritas encontra aí campo fértil para o seu teste e eventual replicação criando, pelas meras dinâmicas mais ou menos informais que potencia de partilha de experiências, uma espécie de laboratório ou “pesquisa ao ar livre” (Callon *et al.*, 2001), onde, por exemplo, estratégias várias de gestão da doença e de experimentação e adaptação de soluções provindas de saberes formalizados, se vão sucedendo e, eventualmente, sedimentando num património cognitivo próprio, ainda que articulando-se com os limites incorporados da validação desses saberes.

Ok, você tem um problema, sei lá, toma a injeção à sexta-feira e tem que se meter na banheira como o outro doente. O seu caso vai ser revisto por eles [grupo de apoio dentro da associação], porque é que lhe acontece a si e não me acontece a mim, e eles tentam arranjar soluções que às duas por três você deixa de ter que se meter na banheira, que é uma coisa que eu acho interessantíssima. Eu tenho... a nossa doente [...], e ela disse-me assim, ‘ah vou dar a injeção, só que é uma chatice, está tanto frio, dar aquilo gelado’. E eu olhei para ela, disse, ‘ó [...], tu dás a injeção gelada?’, ‘dou’. Ela não teve efeitos físicos. Os efeitos secundários dela foram todos psicológicos. Físicos, o único efeito que ela teve físico foi que perdeu 20 quilos. Tirando isso, nem dores nem nada. Disse ‘ó [...] mas não é assim que se dá a injeção. Tens que pôr a injeção à temperatura ambiente. Ou tiras a injeção aí uma hora antes, ou então se te esqueceres metes debaixo do braço’. Ela fez isso. A miúda ia morrendo com efeitos secundários. Olhe, ela teve dores

musculares, ela teve febre, ela teve... 'ó miúda, esquece, dá a injeção gelada, congelada, como tu quiseres!' (SOS Hepatites)

Contudo, nesse contexto, essa sedimentação já se começa igualmente a dar em função não apenas da espontânea troca de experiências leigas (ainda que em quadros de interação potenciados pelas associações), mas em função da própria assumpção associativa da validade desses saberes, que varia substancialmente consoante os perfis institucionais das associações, mas sempre particularmente em função da distância normativa que os separa dos saberes periciais. Embora em qualquer quadro associativo, onde caibam dinâmicas de entreajuda e partilha assentes nas relações de sociabilidade entre doentes, se encontre o húmus para o florescimento de tais saberes, quanto maior a proximidade (ou a dependência) do universo institucional da pericialidade, menor parece ser o espaço de validação, pela associação, dessas estratégias leigas de gestão da doença, na medida em que mais dificilmente elas se podem ir exercendo subalternamente sem chocar com a vigilância pericial das práticas de saúde leigas.

Tendencialmente, parecerá ser em modelos associativos de cariz mais tutelar ou comunitário que se encontram condições mais favoráveis não só a uma massa crítica de experiências comparadas e uma potencialidade, digamos, mais panóptica, de atenção às mesmas, como à sua estabilização, promovendo dinâmicas regulatórias próprias de gestão da doença, potencialmente, sob a forma de tecnologias do *self* (Foucault, 1982). Nesse sentido, os saberes leigos, ao serem sedimentados num quadro associativo, constituem potencialmente, eles próprios, não apenas uma ampliação das margens de estratégias terapêuticas à disposição dos doentes, mas também uma reinscrição num regime de doença associativamente modulado pressupondo, quase por defeito, a entrada de um doente na associação igualmente o seu ingresso num regime de regulação acrescido (à pericial) da sua experiência de doença, assente num património de saberes leigos estabilizados a partir da sedimentação da acumulação primitiva de conhecimento.

Um estudo - um estudo, entre aspas - que nós fizemos aqui dentro - lá está, quando as pessoas, quando são mais de 10 a dizer-me a mesma coisa eu começo a olhar assim 'oops, espera' - é assim: o Interferon é uma proteína. Você dá à sexta-feira, massivamente, uma injeção, e depois tem 14 refeições. Se você nessas 14 refeições as fizer todas de carne, você vai ter efeitos secundários que nem imagina, porque à sexta vai numa dose maciça e depois está a comer proteínas a semana toda. Se dessas 14 refeições 10 ou 11 você fizer de peixe, não tem efeitos secundários quase nenhuns. [...] neste momento, doente que comece o tratamento

dentro da associação, pelo menos metade das refeições tem que fazer de peixe.
(SOS Hepatites)

Tal não implica que em outros modelos, mais assentes na proximidade a uma lógica de mercado ou estatal na organização de redes de acessibilidade dos doentes a formas de gestão da sua doença, tais condições de produção, circulação e validação de saberes leigos não se verifiquem igualmente. Contudo, a sua assumpção associativa e a sua relativa cristalização e controlo social colectivo não se verificam, tornando a exposição dos doentes aos mesmos mais casuística, e menos atida à própria inserção no tecido social associativo. Num modelo de implantação social mais afinado pela captação das possibilidades de mercado de gestão dos processos terapêuticos, a produção de saberes leigos sobre a doença tende a ser potenciada pela facilitação do acesso a redes múltiplas de cuidados, mas sem grande implicação orientadora da própria associação, individualizando formalmente, a partir do acesso a essas redes, as tomadas de decisão dos doentes. Tal não obsta a que, na proximidade normativa ao universo pericial, não se vão desenvolvendo saberes derivados das experiências incorporadas da doença, e que esses não possam ir organizando guiões informativos supletivos às orientações clínicas inscritas nesses regimes de doença, mas apenas no sentido em que não contrariam normativamente aquela doxa mas, antes, procuram densificá-la em torno de uma atenção incorporada às experiências vividas dos doentes dentro das orientações periciais mais genéricas.

Os médicos não têm tempo para estar com um doente 45 minutos ou uma hora. Portanto, basicamente fazem o diagnóstico, podem dar umas breves noções do que é a doença, mas nem todos o fazem, muitos limitam-se a dizer ‘ah vai ter que fazer exercício, vá para a piscina, vá nadar’, e não é assim, pronto. Tem que fazer exercício adaptado, pronto, não pode fazer qualquer coisa, tanto pode ir para o ginásio levantar pesos, como ir só para a passadeira, como ir para a piscina, mas tem que ser uma coisa adaptada à sua condição física, e eles muitas vezes não dão essas noções, por isso mandam para nós. (Myos)

O que isso implica, também, é que, prévia a e independentemente de qualquer dispositivo de participação das associações de doentes, o reconhecimento pericial e institucional da acumulação de saberes pelas associações pode potenciar ao nível da micro-regulação dos processos terapêuticos a delegação funcional sobre as associações de responsabilidades de gestão de dimensões desses processos que, por essa via, se tornam cada vez mais externalizados do encontro médico e instituições de saúde.

Mas há áreas que nós achamos que as associações podem fazer melhor que nós. Estudos podem fazer melhor que nós, têm essa... normalmente podem contactar pessoas para realização sobre aquela tarefa que é uma coisa que não podemos fazer como administração pública [...]. Isto, as acções todas de educação terapêutica, podem fazer melhor que nós, porque nós não temos hipótese num hospital estar a ensinar a um doente como é que tem que... também se faz, como sabe como é que se toma uma bomba, como é que se toma a insulina, também fazemos, agora não podemos é estar o tempo que as associações podem dar de apoio àquele doente. Não temos grupos de apoio, como sabe... também temos, mas se calhar não temos suficiente como estas associações têm, para apoiar emocionalmente e psicologicamente um determinado doente e família. [...] Eles têm muita informação condensada, porque normalmente eles também vão aos congressos internacionais naquelas áreas, são eles muitas vezes que vão – alguns até são representantes de Portugal [...]. (DGS)

Contudo, tal pode facilitar que assim se vão revertendo os saberes e práticas médicas para um domínio cada vez mais restrito e tecnicizado de acção, fragmentando e tornando potencialmente mais casuística a adaptação dos doentes à plenitude incorporada da vivência da sua doença, na medida em que a incorporação de uma estação associativa no seu trajecto, podendo assumir um relevante papel supletivo não é, necessariamente, uma possibilidade ou deseabilidade social característica de todos os trajectos e inscrições sociais

A esse potencial excludente de uma divisão informal do trabalho entre pericialidade e sociedade civil, em torno do exercício vagamente articulado de saberes institucionalmente fragmentados, acresce o facto de que, tal como as associações podem assumir adendas próprias mais ou menos sedimentadas de regulação dos trajectos terapêuticos dos indivíduos quando estes nelas ingressam, essa entrada também os inscreve num universo identitário e ideológico (que assim se verifica diferenciar-se analiticamente de uma mera componente cognitiva, mesmo sendo empiricamente inextricável dela), variável que tanto pode operar na integração dos que nele se revêem, como na exclusão dos que o não prefiguram.

Eu acho que é aquilo que nós temos estado a fazer, que é o papel de ajuda no doente a lidar com a doença no dia-a-dia, porque eles não têm, não há.... O ideal era que houvesse equipas multi-disciplinares, nos hospitais, ou centros clínicos, mas não existem, nem para esta nem para outras doenças... existem as unidades

da dor que têm realmente equipas multidisciplinares, mas cobrem uma camada pequena de doentes, não chegam lá todos; nem aquilo é para todos os doentes com dor, e portanto acho que é muito naquela perspectiva de lhes aliviarmos trabalho, e porque estamos a fazer o papel como deve de ser, estamos a ir pelo bom caminho, e não por aquele caminho de se vitimizar, que foi a vitimização do doente, porque isso, temos o caso do Curry Cabral, que uma médica dizia-nos que gostava muito de receber os nossos doentes, ‘ai, eu adoro os doentes que vêm da Myos, porque não são nada desgraçadinhos, nem coitadinhos, nem vêm para cá chorar, pronto, vêm cá para se tratar, mas com uma postura diferente’ [...]. (Myos)

O constrangimento inerente à supletividade funcional das associações face aos saberes periciais parece ver-se ainda acrescido em modelos associativos mais próximos da regulação estatal, quer pela explícita associação a actores periciais, quer pela contratualização pública dos seus serviços especializados, servindo a associação quase como veículo de solidariedade social (como outros não necessariamente ditos “de doentes”) para o aprofundamento institucional da acessibilidade de uma população de doentes a cuidados especializados. Nesse contexto, qualquer dinâmica informal de produção e circulação de saberes leigos tenderá a ser quase funcional e institucionalmente diferenciada para, por exemplo, a organização de grupos de apoio, onde, contudo, a óptica dessa circulação tende ainda a estar balizada pela difusão e incorporação de saberes periciais nas práticas leigas (como na organização de *workshops* dirigidos por actores periciais), incluindo formas de tutela das margens de aceitabilidade de estratégias leigas que fujam à estrita orientação clínica. A ênfase na circulação leiga desses saberes acaba, pois, por estar centrada não necessariamente tanto na sua apropriação quanto na própria forma como eles circulam, pelos efeitos de confiança e proximidade social que as redes de sociabilidade acarretam, potenciando a sua incorporação.

Aqui são coisas diferentes. Esta casa aqui, esta associação [APDP], embora seja estatutariamente uma associação, uma IPSS, mas é um centro clínico, de excelência, é o centro clínico de excelência de tratamento de diabetes em Portugal, e a parte associativa é pouco trabalhada, porque não pode ser trabalhada, porque as pessoas que cá estão são médicos, enfermeiros, psicólogos, o que quer que seja. [...] Estes grupos de auto-suporte, a base é a conversa entre os pares, não é, e a conversa entre os pares é uma conversa que fica sempre mais na cabeça das pessoas, e acaba por haver essa troca de experiências, a pessoa relatar coisas que aconteceram, como resolveram, o outro contar como é que resolveu determinado

assunto, a pessoa sentir que não está sozinha, não está isolada na sociedade com a sua própria doença; acaba por ter efeitos muito mais visíveis porque fica muito mais informação na cabeça, do que numa acção de formação em que a pessoa está um bocadinho a receber informação, há interacção porque há perguntas e respostas, mas há muito só... há um aspecto muito passivo. (APDP)

Portanto, sendo o relevar de dinâmicas informais de partilha de experiências e circulação de saberes uma relativa, ainda que matizada, constante no universo de associações de doentes, essa dinâmica parece depender de uma certa medida de autarcia social (que não necessariamente, de todo, epistémica) face ao espectro da pericialidade. É nessa medida que, nestes dois modelos associativos agora discutidos, o que não se encontra tanto são condições para a criação de um patamar mais estabilizado de produção e circulação de saberes leigos que os resgate da volubilidade das relações de sociabilidade para um nível mais colectivo e controlado de elaboração, experimentação e inscrição cognitiva. Contudo, mesmo num modelo de maior solidariedade mecânica (Durkheim, 1973), como o primeiro que foi discutido, é na estrita observância da primazia instrumental e dominância normativa dos saberes periciais que as condições de formalização e assumpção destes saberes leigos pelas associações, onde encontram terreno privilegiado para medrar, encontram limites claros. Dificilmente esses saberes assumem uma centralidade que os retire de um carácter essencialmente acessório à gestão leiga de orientações clínicas, assente em recursos periciais relativamente aos quais a cronicidade que tendencialmente marca as experiências associativas de doentes (quando não a carência mais premente de novos instrumentos de gestão terapêutica ou a própria validação clínica das entidades patológicas para que as próprias associações concorrem estrategicamente, no sentido da estabilização terapêutica e legitimação institucional das suas condições) se define num estatuto de dependência fulcral. Sendo boa parte da vida das associações assim marcada pela luta pela garantia, mais formal ou informal, de condições de acessibilidade a tais recursos periciais, e aos regimes socialmente contratualizados de gestão da doença que genericamente acarretam, tal implica que também, normativamente, a difusão de saberes leigos com base nas associações para esferas institucionais marcadas pela primazia da pericialidade torna-se quase contra-intuitiva, do ponto de vista da garantia da validação e continuidade institucional da acção das associações, dependentes, a vários níveis de consequência, de redes estabelecidas de relação, quer com as tutelas públicas, quer directamente com as próprias redes clínicas.

Ou seja, se à partida nem todos os contextos associativos apresentam condições idênticas para a sistematização de saberes leigos que os conformem a lógicas

publicamente partilháveis, tendo a associação como veículo – que constitui assim, por si mesma, um filtro dos tipos de saberes que são ou não partilháveis, dentre todos aqueles que podem circular nas redes informais de sociabilidade que facilita -, mesmo nos contextos mais favoráveis à emergência de tais dinâmicas, elas não são suficientes para a equalização discursiva com saberes formalizados e normativamente acreditados. Mesmo quando a elaboração cognitiva sobre a funcionalidade desses saberes leigos segue linhas de raciocínio e justificação pericial, a hierarquização social e normativa da relação desses saberes leva a que os saberes leigos sobre saúde não sejam automaticamente passíveis de circulação em esferas sociais mais expostas.

[...] Até porque eu acho que, se eu chegar ao pé dos médicos e disser ‘mandem lá comer peixinho aos doentes’ eles riem-se muito; mas tem lógica, porque o doente durante um ano está a comer excesso de proteína [...]. (SOS Hepatites)

Tal implica que, estruturalmente, mesmo passando da esfera mais irredutivelmente incorporada dos saberes que os indivíduos vão construindo pela sua própria experiência corporal para uma outra, de comparação e sedimentação de saberes consensualizados em estratégias colectivamente compenetradas de gestão pragmática de regimes pericializados de doença, esses saberes continuam largamente a concorrer para a modulação da operação dos saberes periciais nos corpos, ou, se quisermos, a procurar formas subalternas de os tornar mais dóceis e maleáveis às finalidades, circunstâncias e experiências leigas de saúde.

Por outro lado, daí decorre que, mesmo quando as associações investem na projecção de saberes próprios sobre as condições dos seus doentes, num contexto discursivo marcado pela dominância de saberes periciais (com a sua validação uniformizada e controlada), o fazem através já de um processo de filtragem e formatação que os marque pelo morfismo de se adaptarem às lógicas produtivas da racionalidade científica, e assim os coloque na senda do serviço ou da potenciação da emergência de novos saberes periciais.

Tal como, quando os saberes leigos se vão cristalizando em torno de redes associativas, eles vão sendo filtrados e modulados em regimes regulatórios colectivizados, perdendo alguma da sua irredutibilidade incorporada na experiência individual - ainda que depois, fenomenologicamente, a possam recuperar na adopção, rejeição ou modulação, pelos doentes, dos saberes e estratégias com que vão contactando na vida associativa -, quando se fala em diálogo explícito (e não nas substantivas formas de diálogo *in absentia* que temos analisado) de saberes estamos necessariamente a contemplar uma outra operação de modulação na produção e

circulação de saberes, nomeadamente uma de formalização. Esta recorre já a saberes periciais (como seja em processos de levantamento e tratamento estatístico de dados), que precisamente conforme os saberes leigos a saberes passíveis de serem apropriados e validados pericialmente, permitindo colocar hipóteses científicas testáveis e desenvolver estratégias metodologicamente controladas

Tal não quer dizer que, como vimos, as associações não detenham a possibilidade de - pela sistemática criação de alianças com redes clínicas para as suas finalidades de garantir a acessibilidade a cuidados - difundir por actores periciais saberes, hipóteses e preocupações intrínsecas à vivência e experiência da doença, e a possibilidade de vigiar modulações epidemiológicas da doença que confere um certo potencial panóptico às associações de doentes. De facto, as associações, embora necessariamente não representativas de todo um universo epidemiológico, reúnem tendencialmente condições privilegiadas de observação e vigilância de uma amostra desse universo que lhes confere um potencial de entreposto que, cada vez mais, capitalizam nas suas estratégias de acção, de acesso arregimentado a um banco de biocapital por defeito que, pela sua mera existência associativa, permite a monitorização de uma diversidade de dinâmicas que intervêm nas vivências quotidianas dos indivíduos, como seja no plano da farmacovigilância. Ou seja, qualquer disrupção ou problema implicado na uniformidade dos regimes terapêuticos pericialmente designados, pelo seu efeito agregado nas vivências dos associados, pode facilmente tender a ter um efeito de visibilidade mais imediato na vivência associativa que na ponderação estatística de instrumentos epidemiológicos, tornando as associações potenciais instâncias daquilo que se vem designando como epidemiologia popular (Brown, 1997).

Contudo, podendo assumir essa valência de monitorização e alerta no calibrar dos regimes de doença periciais constituídos para a gestão dos seus processos terapêuticos, e tendo já vias constituídas de acesso à pericialidade, o impressionismo metodológico da sua evidência (mesmo quando racionalizado pela apropriação de saberes periciais) torna essas hipóteses e observações formalmente débeis para o espoletar dos mecanismos institucionais implicados nas metodologias periciais.

Neste momento nós desconfiamos que, eu diria que tenho a certeza, o tratamento de interferon dá cabo do pâncreas, o doente acaba o tratamento, dois três anos depois está diabético, só que os médicos dizem que não, os laboratórios dizem que não, e nós não temos nenhum estudo, porque mesmo que esse estudo exista, está algures não se sabe muito bem onde não é, nem interessa, se calhar no fundo de alguma gaveta [...] Já, já falei com os professores, até porque convém saber, em cada médico, quantos doentes diabéticos é que eles têm. Não interessa saber

quantos é que eles têm ao início do tratamento, porque se calhar nem sabem, mas quantos é que têm no pós. ‘Alguns’! Pois, alguns não me chega. [...] eu estive agora com a presidente da ELPA, e com a secretária da WHA, e alertei para isso, portanto vai-se tentar ver, porque lá está, a pessoa fica diabética, mas nunca associa ao tratamento. (SOS Hepatites)

Isso implica que, por um lado, hipóteses não imediatamente passíveis de uma resposta ou retradução pericial podem ir constituindo adendas de regulação associativa dos regimes terapêuticos dos seus doentes, acessoriamente à regulação pericial, mas sem se alçarem a formas de generalização e intersecção com essa regulação. Por outro lado, a acumulação de saberes sobre as vivências e experiências de doença do universo associativo vai sendo estrategicamente conformado à possibilidade de ser apropriado por essa pericialidade, como um repto ou aliciamento, no sentido de potenciar novas respostas periciais aos problemas detectados na vivência associativa, mais uma vez, reforçando a nota de dependência produtiva desses saberes (ainda que procurando ter um papel na sua orientação) do que da constituição de corpos alternativos de saberes.

Essas estratégias de formalização de saberes para o aliciamento do investimento pericial passam particularmente por formas de levantamento e caracterização das condições e problemas respeitantes ao universo epidemiológico que as associações recobrem, mas que, por essa via, são reconvertidos simbólica e instrumentalmente (quase que por prestidigitação metodológica) em informação a produzir um efeito sobre a produção de outros saberes, seja apenas para a sua validação institucional, seja para abrir novas vias de investigação.

Queremos saber quantos somos, onde é que estamos, quais são... qual é o seu ambiente social e económico, as suas dificuldades, o acesso à informação, validada, o acesso ao medicamento, informação sobre o medicamento órfão, ensaios clínicos... Em termos de complementaridade, é tentar desenvolver políticas de incentivo à investigação clínica, de laboratório... àquela que a Fedra não faz, não vai desenvolver directamente, mas considera que é importante... imprescindível, porque o resto nós fazemos [...].[E]u vou poder dizer que no universo de [...] x da nossa amostra o resultado foi este. [...] E agora vai-me dizer “pronto, fantástico, percebemos todos que dói-lhe a barriga às 5 horas às doenças tal e tal” - o pano de amostra vão ser todas as associações federadas na nossa instituição - e vai dizer assim “e mais?”. Fiquei com o trabalho, agora posso ir trabalhá-lo especificamente ou... mergulhar o seu estudo só para a Spina Bífida. “Olha, encontrei aqui umas coisas fantásticas [...]”, então vamo-nos dedicar à

população da Spina Bífida, hoje, amanhã à dos celíacos, amanhã às da Raríssimas, e vamos desenvolvendo conhecimento, vamos apurando o conhecimento devagarinho, e também direccionar para aquilo que politicamente nos convém, a representatividade dos nossos doentes, como é evidente. [...] Vamos agora trabalhar a Spina Bífida por qualquer característica que seja importante: sentamo-nos todos à mesa; o Conselho Científico há-de ter qualquer coisa a propor, e a Fedra lá considerará... [...] Para que é que isto vai servir? Vai servir para encontrar um medicamento órfão? Pode. Vai servir para melhorar a minha condição social? Claro, com certeza, se eu souber do que é que estamos a falar, com certeza que poderá, e com certeza que a intervenção da Fedra a nível político na pasta da Solidariedade Social será muito mais específica e muito mais clara. (Fedra)

É interessante, por seu lado, que os modelos associativos mais afinados pela proximidade institucional à pericialidade e ao Estado, como o caso da APDP, não pareçam surtir maiores efeitos de sinergia na circulação de saberes vários, na medida em que a presença tutelar de actores periciais tenda a reforçar mais, no que respeita à produção de saberes, a apropriação pericial daquele terreno epidemiológico como campo para o eventual aprofundamento de questões periciais do que como espaço para o surgimento de questões próprias emanadas do mundo da vida desses doentes. Ou seja, mesmo nestas estratégias de aliciamento à produção de saberes periciais, uma certa medida de autarcia parece constituir uma margem de distintividade das interpelações passíveis de intersectar os universos periciais, mesmo que seja para o aprofundamento das suas lógicas produtivas.

Ainda que não seja de descartar o potencial de orientação da investigação de acordo com os interesses e hipóteses emanados do próprio universo associativo, na medida em que pudessem, no limite, controlar o próprio processo de contratualização da investigação, como seja no caso emblemático da *Association Française contre les Myopathies* (Rabeharisoa e Callon, 2002), reflecte-se aqui ainda uma mesma situação de dependência estrutural da pericialidade na produção e ratificação de saberes com consequência institucional e pública na transformação dos regimes de doença. O campo de biocapital que por defeito constituem torna-se, pois, o recurso central de reorganização da posição das associações na investigação, na medida em que a sua capacidade de começar a protagonizar igualmente algumas margens de orientação da pesquisa reside na função directa do seu controlo de um universo arregimentado de estudo, de que as associações se convertem em mediadores do acesso pela investigação. Ora, são esses poderes de mediação, derivados da projecção estratégica

das associações no universo da investigação, e potencialmente independentes de qualquer formalização de um papel institucional das associações em fóruns deliberativos de participação, que constituem uma via mais imediata de projecção dos seus interesses no campo da investigação, constituindo uma dimensão de um padrão de regulação intersticial (Clamote, 2010a) no campo da saúde por parte das associações, assente não na posse de poderes formais, mas de potenciais de mediação dos interesses de vários actores junto do seu universo institucional.

Não obstante, o que nesse cenário, mais uma vez, se verifica, é como a eventual co-produção de conhecimento que dessas dinâmicas emerge resulta, mais do que da articulação de saberes epistémica e normativamente diferenciados (a qual persiste em ser feita principalmente em esferas mais subalternas e casuísticas de experiência incorporada – daí a necessidade de não as deixar fugir do foco analítico), da articulação de actores com recursos diferenciados para a produção de mais saberes periciais, e não necessariamente de outras formas de saber.

Nesse sentido, não se afigura adequada uma discussão destas dinâmicas de produção de conhecimento que *a priori*, em função do seu posicionamento social no campo da saúde, as remeta automaticamente para pólos opostos de reprodução/contestação da dominância dos saberes periciais. Em boa verdade, as associações de doentes, na sua dependência tendencialmente constitutiva de formas de classificação e regulação pericial que, pelo seu poder de *gatekeeping* (Freidson, 1970), abra as portas ao acesso a instrumentos de diagnóstico e terapêutica que ampliem as margens de controlo da doença, podem facilmente constituir-se como agentes epistemicamente conservadores, na medida em que a sua organização é já um reflexo de uma posição de dependência face à ratificação pericial/institucional das suas condições, e à satisfação de necessidades particulares a essas condições. Nesse sentido, em última análise, poderão facilmente visar mais o aprofundamento das possibilidades periciais de regulação das suas condições patológicas (ainda que sempre eventualmente sujeitas a modulação nos saberes e estratégias de saúde leigas, numa esfera subalterna), do que a produção de corpos resolutamente alternativos de saberes. Essa esfera de contestação da dominância pericial pode ser, pois, campo mais propício para outros actores sociais, menos investidos numa gestão periclitante da sua ontologia corporal, como alguns que, até ao momento sem grande precisão conceptual e empírica, vêm sendo abarcados na noção de movimentos sociais em saúde (Brown e Zavestoski, 2004).

De qualquer forma, o que finalmente tal espelha, por defeito, é como o espaço dito da sociedade civil pode engendrar actores extremamente diversos, com interesses e perspectivas muito distintos sobre a produção de saberes em saúde, e a forma como os projectam sobre as formas dominantes de produção de conhecimento não é passível de

qualquer inscrição normativa prévia ao conhecimento das processualidades pelas quais se relacionam com aquela dominância pericial.

Essa pluralidade de posicionamentos face a uma dominância relativamente comum ressalta ainda mais quando se considera a sua projecção na esfera regulatória e nas arquitecturas sociais em que se organiza, onde vem paulatinamente sendo acrescido um lugar de representação às associações da sociedade civil, associações de doentes (em geral, indistintamente) incluídas.

A particularidade social, cultural, ideológica, inclusive epidemiológica, desses universos não contempla qualquer atribuição de uniformidade, neste caso, na sua relação com o universo da pericialidade. Um enfoque analítico na malha fina dos posicionamentos de diferentes actores associativos e periciais face a uma mesma dinâmica de investigação pode levar-nos facilmente a encontrar uma transitoriedade nas suas lógicas de racionalidade e acção, que facilmente atravessa o que estruturalmente se desenha como posições opostas no campo da saúde. Assim, da mesma forma que diversos movimentos na luta contra o HIV intervieram nos processos de pesquisa no sentido de modificar protocolos de pesquisa para facilitar o acesso mais expedito de doentes, mesmo que a seu potencial sacrifício, a novos medicamentos, num contexto de emergência sanitária (Epstein, 2000); num contexto de necessidade de estabilização nosológica, podemos encontrar associações mais afinadas, na sua intervenção, pela necessidade de controlar metodologicamente a natureza da patologia e a precisão dos protocolos terapêuticos a adoptar, do que a dar resposta mais imediata e instrumental às dificuldades e sofrimento do momento dos doentes, no que, ironicamente (para quem ainda instasse por visões simplisticamente dicotómicas destes actores), se vêem substituídos pelo pragmatismo clínico de médicos assistentes, mais responsáveis pela gestão de cada caso individual do que pelos processos mais amplos de pesquisa da doença como entidade ainda indeterminada (Akrich *et al.*, 2008: 48).

Nessa medida, se as associações se conformaram estruturalmente como campo de produção e circulação de saberes leigos, as trajectórias de representação que levam as associações a assumirem papéis de articulação em dinâmicas de investigação não podem ser deduzidas univocamente da natureza, especificidade e legitimação social daqueles saberes, para prefigurar propositivamente dinâmicas marcadamente diferenciadas de regulação do campo da saúde em contraponto à dominância dos saberes periciais. Seria, aliás, se assim não fora, que se poderia discutir em que medida essa emergência e consequente prefiguração participativa de novos actores sociais nas esferas regulatórias, de acordo com guiões pré-estabelecidos, configuraria efectivamente uma politização dessa regulação, ao alienar previamente dessa deliberação a margem de incerteza que qualquer processo político inerentemente comporta.

NOTAS CONCLUSIVAS

Se contextos de incerteza na produção e difusão de conhecimento são propícios à discussão de novas formas de engenharia social de regulação dessas dinâmicas, nomeadamente da ampliação participativa dos processos de tomada de decisão (e de definição das próprias decisões a tomar), de produção, e de controlo da aplicação do conhecimento, o enfoque propositivo nessas dinâmicas não pode acarretar o obnubilamento das processualidades e das linhas de estruturação que marcam a emergência dessas dinâmicas e as morfologias peculiares que assumirão.

O caso em análise, das trajetórias de representação e veiculação de saberes leigos pelas associações de doentes, enquanto actores mediadores de uma possibilidade de esses saberes encontrarem voz participativa nos processos regulatórios no campo da saúde e seus esteios epistémicos terá, espera-se, exemplificado como o alçar dessas vozes (e dos saberes que originalmente comportam) a processos de participação institucional implica modulações várias na sua morfologia, por forma a adequá-los, da especificidade dos seus contextos de produção imediata, à circulação em contextos institucionais de organização da participação, e de acordo com os juízos estratégicos dos actores que os representam, em face das possibilidades e limites percebidos à sua acção na estrutura desses contextos.

Daí decorre poder este caso constituir uma narrativa cautelosa para o risco analítico para a, também, produção de conhecimento sobre estes processos, de fazer confluír (por inclinação propositiva) a apreensão do diálogo contemporâneo entre saberes privilegiadamente para as esferas institucionais de participação. Ainda que verificando-se estratégias, mesmo que relativamente rarefeitas, de projecção institucional das associações no universo da pesquisa e das esferas regulatórias, como uma dinâmica relevante a acompanhar, ao abrir a lente analítica ao espectro de actuação dos saberes leigos (tal como potenciados e enformados, neste caso, pelas associações de doentes), podemos verificar como o seu âmbito central de consequência epistémica continua sediado numa modulação da circulação e apropriação (e, no limite, mesmo da produção) de saberes e recursos periciais para a gestão de experiências incorporadas de saúde e doença. Tal, por um lado, torna o seu tendencial particularismo pouco atreito a configurar a circulação desses saberes fora dos seus contextos de produção como a arena por excelência da sua consequência social. Por outro lado, pelo seu carácter parcialmente subsidiário de outros saberes mais formalizados, as suas formas explícitas de projecção no campo da produção de saberes periciais podem facilmente tender mais a potenciar o aprofundamento de formas de regulação pericial das suas condições que promover formas de contestação das mesmas.

Num sentido ou noutro, na indeterminação constitutiva dos processos de politização, convirá sempre não perder de vista que será nos terrenos fenomenológicos dos saberes, práticas e experiências leigas, a jusante e a montante destes processos de articulação institucional, que se poderá explicar e reencontrar analiticamente a consequência social do que nessas processualidades propositivas, em seu nome, se projectou.

TELMO COSTA CLAMOTE

Formação em Sociologia pelo ISCTE e pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Investigador do CIES, ISCTE-IUL e docente na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL-IPL). Interesses de investigação sociológica nos domínios da saúde, da ciência e do conhecimento, desenvolvidos em torno de objectos de análise como o pluralismo médico e as lógicas e práticas leigas em relação com a informação sobre saúde.

Contacto: telmocostaclamote@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, John (1997), "The Science and Politics of Medicines Regulation", in M. A. Elston (org.), *The Sociology of Medical Science and Technology*. Oxford: Blackwell, 153-182.
- Akrich, Madeleine; Nunes, João Arriscado; Paterson, Florence; Rabeharisoa, Vololona (orgs.) (2008), *The Dynamics of Patient Organizations in Europe*. Paris: Presses de l'École des Mines.
- Arksey, Hilary (1994), "Expert and Lay Participation in the Construction of Medical Knowledge", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 16, n.º 4, 448-468.
- Barbot, Janine (2002), *Les malades en mouvement – La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris: Balland.
- Baszanger, Isabelle (1989), "Douleur, travail médicale et expérience de la maladie", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. VII, n.º 2, 5-34.
- Bourdieu, Pierre (1989), *O poder simbólico*. Lisboa: Difel.
- Brown, Phil (1997), "Popular epidemiology revisited", *Current Sociology*, Vol. 43(5), 137-156.
- Brown, Phil; Zavestoski, Stephen (2004), "Social Movements in Health: An introduction", *Sociology of Health & Illness*, Vol.26, n.º6, 679-694.
- Callon, Michel; Lascoumes, Pierre; Barthe, Yannick (2001), *Agir dans un monde incertain*. Paris: Éditions Du Seuil.
- Callon, Michel; Rabeharisoa, Vololona (2003), "Research 'in the Wild' and the Shaping of New Social Identities", *Technology in Society*, 25, 193-204.
- Clamote, Telmo (2010a), *Associações de Doentes e Protagonismo Leigo na Regulação Social da Saúde*. Tese de Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- Clamote, Telmo (2010b), “Consumos terapêuticos e fontes de informação”, in Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico*. Porto: Afrontamento.
- Durkheim, Émile (1973), *De la division du travail social*. Paris, PUF.
- Epstein, Steve (2000), “Democracy, Expertise, and AIDS Treatment Activism”, in Daniel Kleinman (org.), *Science, Technology, and Democracy*. Albany: State University of New York Press.
- Foucault, Michel (1994), *A História da sexualidade – Vol. I : A vontade de saber*. Lisboa: Relógio d’Água.
- Foucault, Michel (1982), “Technologies of the Self”, in Nikolas Rose, Paul Rabinow (org.) (2003), *The Essential Foucault*. New York: The New Press.
- Freidson, Elliot (1970), *Profession of Medicine*. New York: Harper and Row.
- Giddens, Anthony (1990), *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.
- Lopes, Alexandra (2001), “Lógicas do terceiro sector português na gestão do complexo VIH/SIDA”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 61, 169-206.
- Lopes, Noémia (2007), “Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 119-138.
- Nunes, João Arriscado; Filipe, Angela; Matias, Marisa (2007), *The Dynamics of Patient Organizations in European Area: The Case of Portugal*, http://www.ces.uc.pt/nucleos/nects/media/documentos/MEDUSE_relatorio_1.PDF.
- Rabeharisoa, Vololona; Callon, Michel (2002), “L’engagement des associations de malades dans la recherche”, *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 171, 65-73.
- Santos, Boaventura de Sousa (2000), *A Crítica da Razão Indolente*. Porto: Afrontamento.
- Weber, Max (1978), *Economy and Society – An Outline of Interpretive Sociology*. Berkeley: University of California Press.

@cetera

O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO EM PORTUGAL: QUESTÕES ESSENCIAIS NA ACTUALIDADE

RITA CORREIA

HUMPAR – ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

A Humanização do parto é um tema muito em voga hoje em dia. Mas afinal, em que consiste “humanizar o parto”? Para a maioria dos médicos e directores de serviço, humanizar o parto é proporcionar melhores condições e conforto às parturientes, permitir-lhes um acompanhante durante o trabalho de parto e proporcionar um atendimento mais gentil e simpático durante esse momento tão importante da vida familiar. Nesse seguimento, várias maternidades do país dotaram-se de infra-estruturas mais modernas, muitas delas até com a opção de quartos individuais onde a mulher pode parir em maior conforto e privacidade. Por outro lado, a epidural é hoje uma realidade na larga maioria dos serviços de obstetrícia e, em muitos deles, é administrada logo no início do trabalho de parto, mesmo sem que a mulher a tenha solicitado expressamente, sendo também este um indicador de humanização dos serviços, na óptica dos médicos.

Muitos hospitais publicitam o seu serviço de obstetrícia promovendo a ideia de um “parto sem dor” quando, na verdade, o que oferecem é uma taxa de epidural acima dos 90%. Questionados em relação aos procedimentos protocolares, a maioria deles contrária às indicações da Organização Mundial de Saúde, os médicos são peremptórios a afirmar que todos são absolutamente necessários, e que o fazem em nome da suprema segurança da parturiente e do bebé, que um parto é sempre um risco e que há que usar a tecnologia ao alcance para minorar esse risco e, de certa forma, “controlar” o processo para que decorra da forma mais tranquila possível. Há, portanto, todo um discurso de tranquilização, por um lado, mas de completa desresponsabilização, por outro, das utentes dos serviços: as mulheres.

Mas será realmente nisto que consiste a humanização do parto e do nascimento? Ou seja, hospitais mais bonitos e arejados, enfermeiras simpáticas e atenciosas? Epidurais à disposição? Não parece que seja... Por muito desejável que as maternidades se tornem cada vez mais sítios agradáveis (na medida das possibilidades), e que as enfermeiras e demais prestadores de cuidados de saúde dessas unidades sejam simpáticos e atenciosos, humanizar não é, nem pode ser, distribuir sorrisos bonitos enquanto se fazem intervenções desnecessárias e não se dá a possibilidade às mulheres de escolherem como querem que decorra o seu parto. Decidirem, de forma informada e consciente, de participarem de forma activa e responsável num dos momentos mais marcantes das suas vidas.

Humanizar o parto, segundo a maioria dos activistas desta causa, consiste na devolução do protagonismo às mulheres. Humanizar o parto é dar voz às mulheres e colocá-las na hierarquia do acontecimento. É saber quais são os seus anseios, desejos e medos para o acontecimento mais marcante das suas vidas. É ouvir a sua opinião e respeitar as suas escolhas e, acima de tudo, é dar-lhes a devida informação para que possam tomar as suas decisões de forma consciente e informada.

Nesta forma de ver a humanização, ela tanto pode acontecer quando se respeita e apoia a vontade de uma mulher parir em casa, como quando se respeita e apoia a vontade de uma mulher ter uma cesariana programada sem ter qualquer indicação médica para tal. Porém, enquanto o primeiro quadro (parir em casa) ainda é visto por muitos como um acto irreflectido e irresponsável, pondo em causa a saúde e segurança da mulher e do bebé, o segundo quadro (cesariana programada) é muito comum hoje em dia, completamente aceite, quer pela opinião pública, quer pelos médicos, embora comporte mais riscos para a saúde da mãe como do bebé.

E porque é que assim acontece? Principalmente porque a obstetrícia moderna não vê o parto como um acto natural e fisiológico, mas sim como um grande risco para o organismo feminino e, conseqüentemente, para o bebé, que precisa de ser monitorizado, controlado e intervencionado com vista a um resultado feliz e satisfatório. O obstetra francês Michel Odent chega mesmo a dizer que o que é preciso não é “humanizar o parto”, mas sim “desumanizar ou mamiferalizar” o parto. Ele defende que quanto menor for a intervenção humana, melhor. E que só se deve lançar mão de evoluções tecnológicas em casos de complicações, opinião muito criticada pela maioria dos seus colegas.

Por trás dos modelos actuais de assistência ao parto subjaz a ideia de que a mulher não está em condições de decidir sobre o que é melhor para si e para o seu bebé, que precisa de se sujeitar às decisões tomadas por um médico, simbólica e hierarquicamente superior a si própria. Dar voz às mulheres, educá-las, informá-las, ainda é visto por

muitos especialistas como uma tarefa desnecessária, uma vez que apenas eles sabem o que é melhor para elas e para o seu parto. Por outro lado, mulheres informadas, que tentam lutar pelos seus direitos, são vistas como perigosas e de certa forma subversivas, precisamente porque põem em causa os procedimentos e protocolos, ameaçando directamente a hierarquia vigente.

A informação e a educação das pessoas sempre foi vista como perigosa ao longo da história, e por isso, em muitas situações, as pessoas são mantidas na ignorância para que outros possam decidir por elas. A humanização do parto passa por informar as mulheres e voltar a encarar o parto como um acontecimento natural/fisiológico e do domínio feminino, ideia em si demasiadamente perigosa numa sociedade mecanizada, industrializada e paternalista.

Este tema só agora começa a ser debatido em Portugal, com bastante descrédito por parte da classe médica. Seria importante que todos percebessem que este é um tema que tem percorrido todas as sociedades ocidentais e industrializadas e que a vontade de as pessoas o debaterem se prende com o facto de não estarem satisfeitas com os modelos vigentes. Fechar os olhos e as portas ao diálogo, insistindo na necessidade imperativa da medicalização do parto promove o afastamento e a crispação, em vez de contribuir para um diálogo construtivo e alargado. A humanização do parto e nascimento não é possível com mulheres caladas e sem voz. São elas que têm de lutar pelos seus direitos, em particular, o direito à informação e auto-determinação.

O caminho não é voltar as costas aos avanços científicos e criar guerras desnecessárias, mas sim dialogar de forma abrangente e livre, colocando as mulheres no centro de toda a questão, dando-lhes toda a informação possível para que possam decidir de forma segura, de acordo com as suas crenças e concepções morais. Urge criar modelos de saúde e assistência ao parto que coloquem as mulheres no centro das decisões. Este, sim, é o grande desafio da “humanização”.

