

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

Carmen Susana Tornquist

..... **PARTO E PODER**  
**O movimento pela humanização do parto no Brasil**

Ilha de Santa Catarina

Inverno de 2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**PARTO E PODER**

**O movimento pela**

**humanização do parto no Brasil**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Antropologia .**

**Aluna: Carmen Susana Tornquist**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Miriam Pillar Grossi**

**Florianópolis, agosto de 2004.**

Tornquist, Carmen Susana

Parto e poder : o movimento pela humanização do parto no Brasil / Carmen Susana Tornquist. — Florianópolis : UFSC, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2004.

376p. : il.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia para obtenção do título de Doutor em Antropologia.

I. Parto-Assistência II. Relações de gênero  
III. Feminismo IV. Movimentos Sociais

CDD : I -

II -306.7

III- 305.4

IV- 304.8

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Luiza Heilborn

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Cláudia Fonseca

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. E. Jean Langdon

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Mara Lago

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Miriam Pillar Grossi  
(orientadora)

À Memória de Luiza Lengler Fava

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>i</b>
<b>RESUMÉE</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>iv</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>I. METODOLOGIA. E</b>	
<b>SUBJETIVIDADE</b> .....	<b>21</b>
Em busca de um olhar de dentro.....	24
As penas da escrita.....	27
Dos clássicos às sofisticacões necessárias.....	33
A presença da subjetividade.....	35
A dinâmica do movimento.....	41
<i>Se hace camino al andar</i> .....	43
Nativas e nativos.....	45
Os materiais utilizados nesta pesquisa.....	48
<b>II. PARTO: HISTÓRIA E CULTURA</b> .....	<b>64</b>
Parto como evento simbólico.....	64
O feminismo e a crítica da medicalização da saúde.....	67
Assistência ao parto: uma história de tensões entre médicos, parteiras e enfermeiras.....	70
O longo século XIX.....	73
Nuances do bio-poder.....	76
A medicalização do parto.....	78
A medicalização do parto no Brasil.....	82
Medicalizar o ofício: profissionalização das parteiras.....	86
Uma frágil aliança: parteiras diplomadas e médicos.....	91
Parteiras: liminaridade, transgressão e poder.....	98
Parteiras de fora: as migrantes.....	102
Parteiras do interior.....	104
<b>III. DO PARTO SEM DOR AO PARTO HUMANIZADO</b> .....	<b>108</b>
Filhos rebeldes: a geração pós- PSD.....	115
Da poesia às evidências científicas.....	118

Parto humanizado: nova identidade para os herdeiros do parto sem dor.....	138
---	-----

#### **IV- O PARTO HUMANIZADO E A REHUNA.....141**

Uma rede de profissionais.....	143
Das cartas aos <i>sites</i> .....	160
Iniciativas institucionais.....	165
A conferência de Fortaleza.....	171
Ecologia, parto e nascimento.....	179
Parto humanizado e vida alternativa.....	183
Entre duas vertentes: negociações e trabalho simbólico.....	188
Histórias de conversão.....	192

#### **V. TRABALHANDO COM PARTEIRAS TRADICIONAIS.....200**

Os dados e seus limites.....	205
Registros, mortes e estigmas .....	218
As parteiras na visão da OMS.....	219
Curuminhas: mulheres de carne e osso.....	230
Os cursos no Vale.....	238
Dramatizando o vivido.....	242
Transformações a partir do contato.....	246
Refinando o debate.....	248

#### **CAPÍTULO VI: ETNOGRAFIA DE UMA**

#### **MATERNIDADE.....260**

Um pouco da história da maternidade.....	269
A maternidade em funcionamento.....	273
Arquitetura e dinâmica da maternidade.....	280
A equipe de atendimento.....	287
Entre o cotidiano e o extraordinário.....	291
O parto: um clássico ritual de passagem.....	294
Parto: ritual de inversão.....	301
Do centro obstétrico ao alojamento conjunto.....	305
Um modelo para parir: técnicas corporais e estética do parto.....	307
Alguém para dividir a dor.....	315
A experiência da dor.....	331
Amamentar: serviço militar para mulheres.....	341
Conclusões, ainda que parciais.....	349

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### **Feminismo, parto e empoderamento.....353**

<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>361</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>363</b>
<b>LITERATURA NATIVA.....</b>	<b>383</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>387</b>
<b>ANEXO 1 – Mapa da Humanização Institucional</b>	<b>386</b>
<b>ANEXO 2 – Mapa do Vale do Jequitinhonha – MG.</b>	<b>387</b>
<b>ANEXO 3 – Taxas de Partos Cesários - (SINASC) – 1994 .....</b>	<b>388</b>
<b>ANEXO 4 – Taxa de Partos Cesários - (SINASC) –2001.....</b>	<b>389</b>
<b>ANEXO 5 – Quadro das pessoas entrevistadas.....</b>	<b>390</b>
<b>ANEXO 6 – Formulário do consentimento livre e esclarecido(modelo).....</b>	<b>391</b>
<b>ANEXO 7 – Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento (OMS).....</b>	<b>394</b>
<b>ANEXO 8 – Carta de Campinas.....</b>	<b>396</b>
<b>ANEXO 9 – Recomendações da Conferência Internacional para o parto.....</b>	<b>398</b>
<b>ANEXO 10 – Carta de Fortaleza.....</b>	<b>395</b>

## **LISTA DE SIGLAS**

**AAA** – American Anthropological Association

**ABA**- Associação Brasileira de Antropologia

**ASD** - Accouchment sans Douleur (Parto sem Dor)

**CONEP** - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

**CRM** – Conselho Regional de Medicina

**PSF** - Programa Saúde da Família

**PSD** - Parto sem dor

**HU** - Hospital Universitário

**IHAC** - Iniciativa Hospital Amigo da Criança- Título conferido pela OMS /UNICEF às instituições hospitalares que atendem critérios considerados exemplares no atendimento à criança.

**JICA** - Japanese International Cooperation Agency

**MANA** - Midwife's Alliance of North América

**N.T.R** - Novas Tecnologias da Reprodução

**OMS (WHO)** - Organização Mundial de Saúde (World Health Organization).

**ONU**- Organização das Nações Unidas

**PAISM** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**OMS/WHO** - Organização Mundial de Saúde(World Health Organization)

**OPAS** - Organização pan-americana de saúde

**REHUNA** - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

**RELACAHUPAN** – Rede Latino-americana e caribenha pela humanização do parto e do nascimento

**SINASC** – Sistema Nacional de Nascidos Vivos

**UDESC** - Universidade do Estado de Santa Catarina

**UERJ** - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina

**USP** - Universidade de São Paulo

**PARTO E PODER:  
Análise do movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil**

**RESUMO**

Parto e Poder é um estudo antropológico que analisa as relações entre assistência ao parto e políticas de humanização desenvolvidas no Brasil e que atendem recomendações da OMS (Organização Mundial de Saúde). Um dos principais atores que protagoniza as ações em prol da humanização é a REHUNA (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), teia de movimento que abriga profissionais da saúde e ONGs ligadas ao feminismo. A pesquisa empírica enfoca, assim, a REHUNA (suas formas de organização e seu ideário), e também duas experiências institucionais de humanização da assistência: uma maternidade pública em Florianópolis, Santa Catarina e dois cursos de capacitação de parteiras tradicionais, no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Foram feitas, assim, três etnografias: da Rede, da Maternidade e dos Cursos, através de observação participante, entrevistas e histórias de vida.

O movimento pela humanização do parto é visto como um desdobramento do parto sem dor, vanguarda obstétrica que veio da Europa nos anos 50, e que já explicitava as relações intrínsecas entre parto e política. O Parto Humanizado atual incorporou um *ethos* individualista-libertário, comum aos movimentos sociais pós-anos 70 e partilhado por camadas médias urbanas, as quais pertencem os ativistas da rede.

Procura-se compreender como o feminismo é interpretado pelo movimento e se a humanização da assistência ao parto aponta para mudanças nas relações de gênero e de poder que historicamente constituíram o campo da assistência ao parto no Brasil.

Palavras-chave: assistência ao parto – relações de gênero – movimentos sociais-feminismo

## **DELIVERY AND POWER:**

### **Movement analysis for delivery humanization and childbirth in Brazil**

#### **ABSTRACT**

Delivery and power is an anthropological study that analyzes the relationships between assistance to delivery and humanization policies developed in Brazil and that follows the recommendations of HWO (Health World Organization). One of the main actors that perform the actions in favor of humanization is REHUNA (Delivery and Childbirth Humanization Net), movement net that shelters health practitioners and NGOs linked to feminism. The empiric research focus, then, the REHUNA (its organization and imagination ways), and also two institutional experiences of assistance humanization: a public maternity in Florianópolis, Santa Catarina and two traditional midwife skilled courses in Jequitinhonha, Minas Gerais). It was done, then, three ethnographies: of the Net, Maternity and Courses, through participant observation, interviews and life history.

The delivery humanization movement is seen as an unfolding of the painless delivery, obstetric forefront that came from Europe on the 50's, and that already explicit the intrinsic relations between delivery and policy. The present Humanization Delivery embodied an individual-literary *ethos* common on the social moments after the 70's and shared by urban mean layers which belong to net activists.

It is searched to understand how the feminism is interpreted by the movement and if the delivery assistance humanization points out to the changes on the gender and power relations that historically contribute to the delivery assistance field in Brazil.

Key Words: Childbirth Assistance – Gender Relationships – social movements - feminism

## ACCOUCHEMENT ET POUVOIR

### Analyse du mouvement pour l'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil

#### RESUMÉ

Nous faisons dans cette thèse une analyse anthropologique des rapports entre l'assistance à l'accouchement et les politiques d'humanisation développées au Brésil selon les recommandations de la OMS ( Organisation Mondiale de la Santé). Parmi ceux qui conduisent des actions concernant l'humanisation, il y a la REHUNA (Rede pela Humanização do parto e do nascimento), mouvement qui rassemble des professionnels de santé et des ONG liées au féminisme. La recherche empirique envisage, alors, la REHUNA (ses formes d'organisation et son idéologie) et explore deux expériences insitutionnelles d'humanisation de l'assistance : une maternité publique à Florianópolis, Santa Catarina et deux cours de capacitation pour des sages-femmes traditionnelles du Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Nous avons développé trois ethnographies - sur le réseau, sur la maternité et sur les deux cours -, employant l'observation participante, des interviews et des récits de vie. Le mouvement de l'humanisation de l'accouchement est conçu ici en tant que développement du mouvement de l'accouchement sans douleur - avant-garde obstétrique venue de l'Europe pendant les années 50, dans lequel les relations entre l'accouchement et la politique étaient déjà présentes. Des nos jours, l'accouchement humanisé a incorporé un ethos humano-libertaire, commun aux mouvements sociaux post-années 70, partagé avec les couches moyennes urbaines auxquelles appartiennent les acteurs du Réseau. On essaye de voir aussi comment le féminisme est interprété par le mouvement et la manière dont l'humanisation de l'assistance de l'accouchement indique des changements dans les rapports de genre et de pouvoir, historiquement concernés dans le champ de l'assistance à l'accouchement au Brésil.

Mots clés: Accouchement – Genre – mouvements sociaux – féminisme

## Agradecimentos

Contrariando mestres como Umberto Eco, que recomenda não utilizar metáforas associadas aos temas da pesquisa no texto, não poderia deixar de pensar, como tanta gente diz, que escrever uma tese é um trabalho de parto. Entendendo esta etapa como um ritual de passagem, portanto, também social, é necessário reconhecer que tal processo não aconteceu de forma solitária, embora, em certos momentos, a solidão fosse uma estratégia necessária. Assim, muitas pessoas participaram como acompanhantes deste *parto*, oferecendo suporte emocional, intelectual e mesmo financeiro, para que seus resultados viessem à luz.

Primeiramente, agradeço à UDESC, instituição na qual trabalho desde 1992, e da qual obtive licença integral, desde o segundo semestre do curso, para capacitação. Em particular, aos colegas do Departamento de Fundamentos da Educação, do qual faço parte, que sempre estimularam o trabalho, apoiando todas as minhas solicitações – desde apoio para viagens até prorrogação de prazo, no sentido de concluir a bom termo o processo de doutoramento. Ainda da UDESC, Fernando Lino, bolsista de iniciação científica, que colaborou grandemente com os dados relativos aos Cursos de Capacitação de parteiras, bem como Juliani Brignol e Fernanda Gallo, também bolsistas que, anos atrás, compartilharam comigo a descoberta do parto como um tema interessante de análise histórica e antropológica.

Às minhas colegas e aos meus colegas de turma do doutorado pela amizade e espírito de colaboração, com quem estabeleci verdadeiros vínculos de reciprocidade das mais acadêmicas às mais afetivas: Nara Magalhães, Osvaldo Martins, Flávia Mello, Márcia Calderipe, Bernardete Grossi dos Santos, Laís Cardia, Cláudia Voigt, Lisiane Lecznieski, Cláudia Mesquita, Maria Elisa Máximo, Laura Gil, Acácio Piedade, Maria Ignez Mello e

Miguel Naveira. À Tereza Franzoni, que, mesmo sem saber, estimulou-me desde há muitos anos a olhar as coisas de um jeito antropológico e a refletir sobre as complexas relações entre antropologia e militância.

Aos colegas do DICH (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas), que desde 2000 têm escutado relatos exaustivos das várias etapas desse trabalho, tendo lido e sugerido muitas coisas que, a essas alturas, já adotei como minhas, mas que surgiram dos debates no grupo: Luis Fernando, Adriano, Eduardo, Cristina, Leandro, Tito Senna, Siomara Marques e Miriam Adelman. Especialmente, agradeço à Marlene Tamanini, pelo coleguismo e cumplicidade acadêmica. Às professoras Mara Lago e Luzinete Simões, que coordenaram esses seminários, em parceria com minha orientadora, estimulando a troca e a reflexão conjunta, práticas preciosas no contexto acadêmico onde predomina o trabalho individual. À Déborah Sayão, pelas leituras garantidas e sugestões generosas, pela cumplicidade acadêmica e pelas lições de força e de fé diante das dores e reveses da vida, que não poupam os longos anos do doutorado, impondo-se ao meio de prazos, textos e compromissos.

Às companheiras e amigas do NIGS (Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades) por todos os apoios prestados, desde as críticas construtivas até a solidariedade entre iguais: Rozeli Porto, Silvana Bittencourt, Rita Müller, Camila Medeiros, Simone Becker, Juliana Cavilha, Karla Galvão, Flávio Tarnovski, Flávia Motta, Ângela Sacchi e Bernadete Grossi, que mesmo à distância, provocada por sua irreparável partida, seguiu servindo de interlocução simbólica e de *colo* imaginário.

Agradeço especialmente a todos/as as/os integrantes da REHUNA, ao grupo Curumim e às parceiras catarinenses e mineiras, sem as quais essa pesquisa não teria sido possível, e para as quais desejo, sinceramente, estar retribuindo à altura com esse trabalho e futuras colaborações. Especialmente, Daphne Rattner, Simone Diniz, Marcos Leite, Sônia Hotimski, Ricardo Jones e Maria Luiza Carvalho, da REHUNA nacional, que sempre atenderam minhas solicitações. À Paula Viana e Núbia Melo, do Grupo Curumim, pela sua hospitalidade, generosidade, bom humor e abertura; à Maria Luiza Santiago, Márcia Rovena, Tânia Marques, Beatriz e Eliane pela oportunidade de acompanhar os cursos de capacitação e, ainda, passar momentos inesquecíveis do ponto de vista existencial, em meio

às confortadoras *queimadinhas*, piadas, cachoeiras e o calor inconfundível das pessoas das Minas Gerais.

Aos companheiros, amigas e amigos do NIPPN (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento), sem o qual este trabalho certamente não existiria, ou, se existisse, teria sido mais tímido e mais pálido: Viviane Bergler, Carmen Lúcia Luiz, Silvana Pereira, Paulo Freitas, Sandra da Silveira, Marisa Monticelli, Cibele Motta, Marcos Leite dos Santos, Marisa Gulart, Pedrão Schmidt, Heloisa Souza, Karina, Viviana, Luciana e Ricardo, Odaléa Brüegeman, Lindaura e Vânia Collaço. De forma especial, agradeço à Isabel Régis, guardiã da memória do movimento em Florianópolis, e a Carlos Eduardo Pinheiro (Maninho), pela prontidão, eficiência e generosidade em atender todas as minhas solicitações bibliográficas e informações específicas sobre a medicina, que não foram poucas e que só se encerraram com a feitura do glossário desta tese, corrigida por ele.

A parte relacionada ao Hospital Universitário, que faz parte desta pesquisa, foi realizada com recursos do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva promovido pelo Programa de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidade e Saúde/IMS/UERJ com apoio da Fundação Ford. A participação neste programa, além deste apoio fundamental, teve desdobramentos ao longo de toda a pesquisa, pois trouxe a oportunidade de conhecer uma instituição na área da saúde coletiva, como também conhecer, trocar e aprender com professores e colegas de várias áreas e regiões do Brasil. Além do mais, o espírito de troca e o apoio mútuo foram aprendizados informais que não pretendo esquecer.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação da UFSC, que, cada qual a seu modo, contribuíram para minha formação em Antropologia. Espero ter feito jus aos seus ensinamentos: Rafael Bastos, Sônia Maluf, Oscar Saez, Maria Amélia Dickie, Ilka B. Leite, Carmen Rial, Ana Luiza Rocha, Miriam Grossi, Jean Langdon, além dos demais professores de quem não fui aluna mas com quem pude aprender na escuta de palestras, bancas e reuniões ou na leitura de suas produções: Sílvio Coelho dos Santos, Antonella Tassinari, Maria Regina Lisboa e Theophilos Rifiotis. A Alberto Groisman, pelo gentil atendimento de minhas solicitações bibliográficas e convites, junto com a professora Jean para conhecer mais de perto os alunos de medicina (tão deuses e tão frágeis como todos nós), encorajando-me a seguir estudando questões do parto e da saúde. À professora Ilse

Scherer-Warren, que me iniciou nas reflexões sobre movimentos sociais, e que contribui com importantes sugestões na banca de qualificação deste projeto.

De uma maneira muito especial, à minha orientadora Miriam Grossi, por ter cumprido à risca seu dever de ofício, chamando-me à realidade do calendário, quando dele eu queria fugir e estender o trabalho para mais além, tentando evitar as dores do fim da tese. Mas, muito mais do que isso, pelo verdadeiro espírito de inclusão ao curso de antropologia e aos grupos de estudo de gênero, bem como pelo respeito à minha formação anterior: assim, esse trabalho acabou virando uma espécie de cofre, que carrega um pouco de todas as áreas por onde estive, aportando, enfim, na antropologia. Sua prática de socializar os processos de pesquisas com nossas colegas e de refletir profundamente sobre a subjetividade que nos acompanha sempre, tornaram-se ensinamentos inesquecíveis, os quais pretendo honrar daqui para frente.

Nesse infundável e delicado campo da subjetividade, contei com o apoio indireto, porém profundo, de Cleudes Slongo, a quem agradeço fortemente a escuta, tão necessária a um trabalho que se pretende científico sem deixar de ser humano.

Agradeço também aos colegas do GT Trabalho de Campo, Subjetividade e Ética da ABA, especialmente Elizete Schwade e Vagner Silva, que permitiram que eu trocasse com todos, impressões cruciais sobre emoção e trabalho de campo, já na fase de finalização da tese, algumas delas incorporadas nesse texto.

À Silvia Arend, Gláucia Assis e Simone Schmidt, amigas do peito, dos filhos e da alma, e, também, colegas de profissão, por todas as dicas, trocas, sugestões burocráticas e conselhos existenciais durante todo o tempo do doutorado. Esse pequeno, porém poderoso círculo de comadres ficou maior com a presença de Silvana Pereira e Dulce Pinheiro, parceiras de reflexões feministas e dilemas maternos, e de Luciana Hartmann, que se tornou, ao longo do doutorado, mais que uma fiel interlocutora, uma parte da família, trazendo um apoio inominável nas alegrias e nas dores pelas quais tive que passar durante o processo do doutorado. Merece registro sua militância antropológica nos momentos em que estive no hospital, quando, além de prestar os cuidados de enfermeira e amiga, ainda lembrou de levar-me um caderno para dele fazer um Diário de Campo. Assim, pude ocupar meu tempo, elaborar minha *doença enquanto experiência* e contextualizar dados que tinha obtido no mesmo hospital onde fizera a etnografia da Maternidade.

E, por fim, à minha família que, em meio ao curso, passou por profundas transformações, tendo se recomposto ao final do processo: Gaia e Ariel, meus filhos, que, além de serem fontes de inspiração, fizeram-se presentes com suas particulares formas de apoiar o trabalho de uma mãe inquieta; a meus irmãos, Luciana e Gustavo, que sempre atenderam meus pedidos urgentes sem reclamar; ao meu pai, Jalmar Hugo Tornquist, que, mesmo à distância, fez uma indispensável e sensível torcida. À Helena Fava Tornquist, minha mãe, que não mediu esforços em apoiar este projeto desde seu início, em um ativismo de várias dimensões: serviços domésticos e de babá, trocas intelectuais, apoio financeiro e logístico, palpites interessados e uma generosa revisão gramatical, chamando atenção à necessidade de honrar os leitores com os encantos da língua, os quais espero terem sido incorporados a contento, tornando a leitura desse texto mais objetiva e, pelo menos, um pouco mais prazerosa do que o texto original.

## INTRODUÇÃO

### Parto natural – um projeto de vida

Foi lá pelo sexto mês da gravidez de Maria que Natureza e eu ouvimos mencionar, pela primeira vez, o nome de Leboyer. Sônia, amiga nossa de São Paulo e *reputada neuro-pediatra*, mãe de duas filhas extraordinárias, ambas nascidas de partos domiciliares, fez a gentileza de nos enviar pelo correio o "*nascer sorrindo X nascer sofrendo*", cuja leitura, breve e deliciosa, funcionou para nós como um verdadeiro tapa na cara.

Nos demos conta, então, de *quantas desvantagens, para a mãe e para o bebê, representava o parto hospitalar e*, ao contrário, do quanto seria saudável para ambas se Maria pudesse nascer dentro das condições propostas por *Leboyer*, em nossa própria casa, na *pequena aldeia de Caraíva (BA)*, distante quase cem quilômetros do hospital mais próximo. Firmemente decididos, partimos para lá no início de dezembro, a fim de podermos contar com todo o tempo possível para a preparação do parto.

As condições de Caraíva para esse propósito são perfeitas: a vila, com pouco mais de quinhentos habitantes, tem situação geográfica semelhante à de uma *ilha, sem eletricidade e sem automóveis, absolutamente rústica*. Suas ruas são todas de areia, o que a torna propícia para o fortalecimento da musculatura das pernas, e o enrijecimento do corpo é consequência natural da sua própria rusticidade. A temperatura é amena durante o verão, pois o vento marítimo naquele trecho da Bahia é constante. Conta, por sua vez, com uma *beleza natural* totalmente absorvente e cativante, já que a vila é cercada pelo Rio Caraíva e pelo mar. As *noites enluradas transformam-na em um jardim de coqueiros prateados* e os olhos de seus moradores, e dos veranistas, podem desfrutar de um céu repleto de estrelas, onde a *via Láctea é uma estrada cintilante, completamente nítida*.

*Natureza esforçou-se para se preparar adequadamente e seguindo a orientação de Sônia, dedicou grande parte de seu tempo a atividades indicadas ao fortalecimento de seu corpo, nadando, dançando forró quando dava vontade, fazendo canteiros e lavando roupas, sempre de cócoras, e andando muito no areião de Caraíva.*

Passamos um verão feliz, em *comunhão de espíritos*, aprontando-nos, emocionalmente, para a grande ocasião, que já se avizinhava.

Perto de duas a três semanas da data provável do parto, embora já tivéssemos combinado com *dona Maria (parteira de Caraíva)*, *figura honorável da aldeia*, que a mesma ajudaria Natureza no momento do parto, acabamos por ter confirmado a participação de Stella (Wurtz), nossa amiga antiga e também vizinha, com a sua experiência de vinte e dois anos como enfermeira da Funai no Xingu, e dezenas de *partos bem sucedidos*, inclusive os de seus próprios filhos.

Nesse ritmo, assistimos à passagem do Carnaval, torcendo intimamente, para que Maria aguardasse o seu final, para que tivéssemos uma recepção menos ruidosa, ainda que o carnaval de lá não passasse de uma meia dúzia de rojões. Na quarta-feira de cinzas, *oito de março*, acordei com Natureza sentada no peitoral da janela, assistindo o *sol nascer sobre o horizonte*, colorindo com *tons maravilhosos as águas do Atlântico*. Ela olhou para mim e disse: "será hoje, tenho certeza, eu já estou sentindo algumas *sensações diferentes...*". Não duvidei nem por um segundo. Fiz avisar dona Maria e Stella a respeito do acontecido, pedindo que viessem em casa para examiná-la, havendo ambas confirmado a previsão. Observaram, entretanto, que ainda estava muito cedo para o início do trabalho de parto propriamente dito e pediram-me que mandasse novo recado quando as contrações encurtassem de intervalo.

Natureza ainda encontrou tempo para lavar as últimas roupinhas de Maria e *passamos o resto do tempo daquela manhã deitados na grama do jardim, debaixo das sombras dos coqueiros*, tentando imaginar como seria o rostinho de Maria. Durante todo esse tempo *Natureza esteve tranqüila e confiante* e eu absorvia essa tranqüilidade. Apesar disso, e conforme havíamos combinado, fizemos *nossas próprias orações*, o que era parte de nossa *preparação espiritual*, já que sob o aspecto físico e emocional sentíamos-nos inteiramente prontos.

No correr da tarde, as contrações aumentaram de intensidade e os intervalos começaram a ser mais curtos. Mandei chamar Dona Maria lá pelas três da tarde e mais uma vez ela veio, observou Natureza e avisou que voltaria por volta das seis, porque, até essa hora, ela não teria muito que fazer.

As contrações aumentavam de ritmo e de intensidade e *Natureza até então não se queixara de qualquer dor*. Os movimentos que Sônia havia ensinado, a respiração adequada e um pouco de *dança ao estilo "kundalini"* pareciam estar dando ótimo resultado. Com o cair da noite chegaram Stella e Dona Maria, mostrando satisfação com o estado de Natureza, que já apresentava uma boa

*dilatação*. A partir daí a cena transportou-se para o quarto que viria a ser de Maria, já devidamente preparado. As contrações passaram a ocorrer com muita intensidade a partir das oito da noite, com sensações perfeitamente suportáveis, que *Natureza não acusava como dor*. Ela já havia percebido que andando nos intervalos das contrações o incômodo diminuía, e quando elas vinham, *eu de pé a amparava ao mesmo tempo em que ela me segurava pelo pescoço, com os braços estendidos para trás*. Enquanto isso, do lado de fora, brilhava uma *lua intensa e o arder de uma enorme fogueira no gramado do jardim* projetava para dentro do quarto de Maria uma luz fantástica, que somada às velas, acabava por proporcionar *um ambiente mágico, totalmente propício ao acontecimento*.(...)

A cabecinha de Maria, ainda envolta pela *bolsa d'água*, mas perfeitamente visível. Os olhos encheram de lágrimas quando vi, pela primeiríssima vez, os fartos cabelinhos de Maria, bem escuros. Mais uma ou duas contrações e Stella segredou-me: "se a bolsa não romper na próxima, eu acho que vou dar um "clik" nela...", fazendo o gesto de quem usa um alfinete. Foi ela dizer isso e a bolsa se rompeu. Incentivamos *Natureza* a fazer força, ao mesmo tempo em que *eu chamava Maria, docemente, dizendo a ela que nós a estávamos esperando*, que ela podia vir tranqüila...

A contração seguinte foi a da expulsão da cabeça, um momento de intensa e *inesquecível emoção*, já que Maria veio com os olhinhos já abertos. Mais uma contração e os ombrinhos passaram, e alguns segundos depois ela já tinha nascido. Recordamos perfeitamente e iremos recordar para sempre esse que foi o momento mais bonito e mais importante de nossas vidas. Completamente emocionado, a única coisa que eu conseguia dizer era: "Como ela é linda, como ela é linda...".

De fato, *Maria nasceu muito bonita*, sem qualquer inchaço ou deformação causada pela passagem. Seus olhinhos fitavam ao redor, *sem qualquer sinal de medo ou de dor*. Os bracinhos mexiam de um lado para o outro enquanto ela nos observava sem fazer qualquer ruído. A primeira impressão que eu tive, fundada na nossa crença espiritualista, foi a de que *Maria já tinha estado aqui* e que essa, com certeza, *não era a sua primeira encarnação*. A tranqüilidade que ela aparentava, somada à falta de surpresa com o ambiente que a rodeava, nos indicava que essa sua nova chegada já estava sendo preparada, por ela mesma, há muito tempo.

Esperamos algum tempo para cortar o cordão, a fim de possibilitar que ela respirasse pelas *duas vias*, reduzindo o incômodo da sua

*primeira expansão pulmonar. Feito isso, Natureza levantou-se e foi sozinha lavar-se no banheiro, enquanto dona Maria e Stella cuidavam do primeiro banho da nossa neném.*

*Maria nasceu exatamente às 21 h e 10 min e, mais ou menos uma hora após, terminada a primeira mamada, ela nos presenteou com seu primeiro sorriso. Nasceu, como havíamos pedido, sob o signo de Peixes. O seu ascendente: Escorpião. Abrimos duas garrafas de vinho branco italiano e brindamos todos a sua feliz chegada ao planeta Terra.*

**NASCER SORRINDO OU NASCER SOFREDO, ESSA É UMA OPÇÃO QUE PODEMOS OFERECER AOS NOSSOS FILHOS. A ESCOLHA É VOSSA.**

*Rio de Janeiro, 20 de maio de 2002.*

*Natureza e Otávio (grifos meus)*

Este depoimento foi escolhido porque nele se encontram muitos elementos que integram o ideário do parto humanizado, tema sobre o qual versa o presente estudo: a saber, a noção de que o parto é um projeto conjugal que supõe uma preparação, a centralidade do nascimento do filho na vida do casal, a valorização da natureza e de lugares paradisíacos, vistos como mais adequados para o evento. Como se vê, a preparação para este evento natural incluiu a opção por um estilo de vida rústica, um preparo psicológico e espiritual, o uso de técnicas para a preparação do corpo da mãe visando facilitar o parto. Envolveu, também, a busca de informações através de leituras e de conselhos de pessoas amigas como Sônia, cuja experiência, conselhos e apoio foram muito importantes para o casal: aliás, a leitura do livro de Leboyer, enviado pela amiga, foi decisiva para que o casal recusasse o parto hospitalar e escolhesse o caminho alternativo. Assim, partiram em busca de um lugar distante do mundo urbano e a procura de uma parteira do local. Porém, pode-se ver ainda que prevaleceu a confiança na amiga da cidade, explicável por seu domínio do conhecimento, tanto do ponto de vista científico quanto da sabedoria tradicional, em função de sua experiência entre grupos indígenas do Parque Nacional do Xingu, na Amazônia. O evento contou, segundo o relato, com a participação de dona Maria, a parteira da aldeia, que atuou como auxiliar, o que está de acordo com as recomendações da OMS, que

preconiza a atuação de parteiras junto à equipe de saúde, em função de sua legitimidade cultural. Confirmando a idéia de uma intuição ou instinto materno, Natureza percebeu o momento em que daria à luz, tal fato, como se verá adiante, remete ao importante argumento de que a mulher é a protagonista do seu parto: uma gestante ativa, dedicada a se preparar para esse momento, garantindo que o parto fosse bem sucedido. Seu fruto foi o nascimento de Maria, uma *pessoa dotada de individualidade* e beleza, antes mesmo de nascer.

A atuação do pai grávido foi exemplar: Otávio acompanhou toda a gravidez, incentivando Natureza na fase preparatória e auxiliando-a na hora do parto. Sua descrição de todo o processo, como em um filme, evoca um *cenário* vivo – uma aldeia tropical, na Bahia, cidade onde o casal, ao que consta, dispõe de uma moradia. Imagens de uma natureza exuberante permeiam o depoimento: céu azul, noites de lua cheia, o crepitar de uma fogueira iluminando a vegetação, o Oceano Atlântico. É preciso exercitar nossa imaginação sociológica e supor que o casal pertence às camadas médias ou altas, pois não há referências de nenhum tipo de trabalho ou formas de sobrevivência durante o período em que viveram em Caraívas, à espera da filha que nasceria em breve. Como é comum entre estes grupos sociais, Natureza e Otávio demonstram sensibilidade a ideologias de movimentos contemporâneos – os direitos da criança e das mulheres, bem como as questões ambientais. É o que sugere a decisão de fazer coincidir o nascimento da filha com o *signo de peixes*, e com o Dia Internacional da Mulher (8 de março): Maria, fruto de um planejado cálculo de seus progenitores, mas também de sua própria personalidade.

É pensando no futuro do planeta que Otávio encerra seu depoimento crítico da medicalização do parto (a referência à cirurgia cesariana como forma nefasta de dar à luz), e se revela seguidor de uma religião que postula a reencarnação e envolve astrologia.

O projeto deste típico *casal grávido* resgata elementos de um tempo pretérito, de uma época anterior à modernidade, mas não exclui o cosmopolitismo: a gestante preparou seu corpo caminhando sob o *areião de Caraívas* e fazendo serviços domésticos, mas também dedicou-se a nadar, dançar forró e praticar *kundalini*. Os resultados foram perfeitos: Natureza sentiu seu próprio corpo, soube o momento em que entraria em trabalho de parto e suportou sem medo nem horror as dores dele decorrentes. Na descrição da dinâmica do processo, alguns termos médicos são usados, há referência à dilatação,

contrações, expansão pulmonar, respiração por duas vias e aos aspectos físicos e emocionais, mas claramente articulados com elementos espirituais e presentes no contexto doméstico, distante do ambiente hospitalar. Foi assim que Maria nasceu: sua chegada ao Planeta Terra teve por palco uma aldeia rústica, sendo saudada *com vinho italiano* pelos presentes.

Não se sabe quantos irmãos ou irmãs Maria terá, nem se o projeto familiar inclui uma mudança definitiva para perto dos bosques ou à beira-mar, já que a carta foi escrita no Rio de Janeiro alguns meses depois; pode-se imaginar que se o casal tiver outro(a) filho(a), este processo será repetido. Quanto a Maria, espera-se que seu futuro seja pacífico, tranqüilo e feliz, pois, como postulam os ativistas da humanização, a forma como se nasce é decisiva no futuro da pessoa.

Natureza e Otávio planejaram a gravidez e o parto segundo seus sistemas de crenças e seus estilos de vida: traçaram um projeto e conseguiram cumpri-lo a contento. Eles puderam exercer seu direito de escolha, tal qual é proposto pelo Plano do Parto, uma das idéias defendidas pelo Parto Humanizado. A decisão *do casal* é um dos pontos centrais do ideário desse movimento, fato que o vincula fortemente aos movimentos e reivindicações feministas acerca dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Histórias como esta têm sido contadas, recontadas e escritas no âmbito do movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil: esta experiência de Natureza e de Otávio foi originalmente divulgada no endereço eletrônico [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br), na seção *Depoimentos*, e, depois, publicada no livro *Mulheres contam seus partos*,<sup>1</sup> junto a outros depoimentos de mulheres que tiveram filhos de forma natural.

Esse movimento se constitui em torno de um ideário, ou seja, de um conjunto de valores e propostas partilhados por pessoas como Natureza e Otávio que recusam formas altamente medicalizadas para o nascimento de seus filhos, e que, embora recuperem inúmeros elementos de um tempo passado, em uma espécie de reinvenção da tradição romântica, tampouco seguem a forma tradicional.

---

<sup>1</sup> NOGUEIRA, A.; LESSA, C. *Mulheres contam seus partos*. São Paulo: Itália Nuova, 2004.

Cabe, entretanto, destacar que não é precisamente a atuação das mulheres que vivem o parto, nem a dos casais que engravidam, o foco da presente investigação, e, sim, a dos *profissionais que atendem os partos*. Em outras palavras, o interesse central da presente tese deixará de lado mulheres *intuitivas* como Natureza, homens *grávidos* como Otávio e bebês que nasceram sorrindo, para se concentrar nas formas que se organizam as ações concernentes à modificação da assistência ao parto em nossa sociedade.

Embora envolva mulheres e homens comuns (cidadãos, usuários, leigos), e ainda que essas pessoas tenham neste certa participação, o Movimento pelo Parto Humanizado se estrutura em torno da assistência ao parto, seja no âmbito da medicina privada, seja no plano da saúde pública. Neste sentido, tomarei a Rede pela Humanização do Nascimento e do Parto – REHUNA – ,como uma porta de acesso ao movimento, em seu sentido mais amplo, e identificado como *teia do movimento*, na qual a adesão a um ideário é mais importante do que a participação em instâncias formais ou grupos organizados.

No Brasil, o início do Parto Humanizado ocorre nos anos 80, embora deite raízes em décadas anteriores, como se verá adiante. Em um contexto fortemente marcado por debates internos ao campo médico acerca da chamada epidemia de cesáreas, bem como da mortalidade materno-infantil, organismos internacionais como a OMS passaram a incluir esta questão em sua agenda, acolhendo críticas de pesquisadores, de profissionais e de ativistas sociais. Assim, ao mesmo tempo em que se promovia o questionamento sobre a medicalização excessiva do parto (representado pelas cesáreas), cresciam as reivindicações dos movimentos feministas e sanitaristas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. Na verdade, tais preocupações não eram propriamente novas, uma vez que, desde os anos 30, já existiam dentro da obstetrícia correntes que questionavam a forma como o parto era vivenciado e assistido; entre essas correntes, que produziram desdobramentos mais radicais, estão as propostas defendidas por Frédérick Leboyer e por seus sucessores dos anos 70.

Muitos desses elementos foram incorporados pelo ideário da humanização, acrescidos, presentemente, por certas peculiaridades, entre as quais a vinculação com demandas de grupos ambientalistas, feministas e espiritualistas, a ênfase na saúde coletiva e em políticas públicas, as implicações concretas e imediatas com outras categorias profissionais que, na medida em que deixam de pensar no parto como um evento patológico e médico, passam a reivindicar um espaço no campo da assistência, entre elas: psicólogas,

terapeutas e enfermeiras obstétricas. Estas últimas, aliás, têm-se destacado no cenário da humanização, ao lado das parteiras tradicionais que seguiram atuando às margens do sistema oficial em um número certamente significativo – porém, desconhecido das estatísticas – notadamente em países como o Brasil, marcado por uma modernização incompleta e desigual.

Na verdade, no que tange à assistência ao parto, o Brasil apresenta características comuns a países dependentes: de um lado, profissionais de centros urbanos que se valem das mais novas tecnologias obstétricas, em clínicas privadas; de outro lado, mais ao extremo, especialistas de áreas rurais e ribeirinhas, como as parteiras que desempenham seu ofício recorrendo a métodos tradicionais; em uma posição intermediária, os profissionais que encaram os riscos de atender um parto a domicílio, articulando elementos de vários sistemas de atenção ao parto, como descrito na história de Natureza e Otávio. Há ainda as enfermeiras obstétricas e alguns médicos que, apesar das resistências de seus colegas, dispõem-se a trabalhar nas incipientes Casas de Parto, autorizadas pelo Ministério da Saúde, em uma espécie de caminho do meio entre medicina familiar e medicina hospitalar.

Esses diferentes estilos de atenção ao parto se fazem presentes também no âmbito da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento: dela fazem parte desde os obstetras que, nos grandes centros do país, atuando em hospitais, produzem pesquisas *baseadas em evidências*, as feministas e sanitaristas que têm atuado nas capacitações de parteiras tradicionais, passando pelas próprias parteiras e mulheres *leigas*, desejosas de militar pela causa de um parto mais prazeroso e humano.

Sabe-se que o Brasil é conhecido como um dos países com mais altas taxas de cirurgia cesariana, ultrapassando significativamente os critérios da Organização Mundial de Saúde que aceita uma taxa anual de 15 % do total de partos. O crescimento dos partos cirúrgicos, ainda que muitas vezes justificados, chegou a um ponto tal que se tornou, dependendo da região e do hospital, a forma por assim dizer *natural* de uma mulher dar à luz. Como apontam estudos sobre o tema, a opção pela cesárea chegou a ser quase total em clínicas e maternidades privadas, ao mesmo tempo em que, em algumas regiões do país, a incidência de cesáreas entre a população pobre aparecia associada à realização de laqueadura de trompas, forma de esterilização amplamente aceita entre as mulheres, independente de classe social.

Nas últimas décadas, rápidas mudanças foram sendo observadas, para as quais certamente contribuíram discursos de diferentes origens acerca das vantagens do parto cesariano, e, como conseqüência, passou-se a atribuir a preferência pela cesárea às próprias mulheres. Alguns autores falam mesmo na construção de uma *cultura de cesáreas* no país, tema certamente complexo que requereria, por si só, uma detalhada análise, a exemplo das discussões acerca da *cultura de esterilização*, a qual, inclusive, a cesárea está vinculada.<sup>2</sup>

Estudiosos do campo médico, notadamente sanitaristas, epidemiologistas e neonatologistas passaram a estudar as correlações entre as cirurgias cesarianas e os indicadores de saúde materna e infantil, apresentando dados que contrastavam com a tese, difundida pela categoria médica, de que o parto cirúrgico traz maiores benefícios do que o parto normal/vaginal. As críticas originadas da neonatologia, um campo em franca expansão desde os anos 70, certamente contribuíram para que as objeções à cirurgia ganhassem legitimidade em um contexto mais amplo, no seio do qual a infância, como alvo das preocupações, passou a ser crescentemente valorizada. Colaboraram igualmente para o questionamento das conseqüências do parto cirúrgico, análises provenientes do âmbito da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise, enfocando a questão a partir de uma espécie de *ponto de vista do bebê*.

Os movimentos sociais também não permaneceram alheios à discussão: os movimentos ecologistas, postulando uma vida mais saudável e com menos intervenções químicas e tecnológicas; os pacifistas, reivindicando a não-violência em todas as instâncias da vida social; os sanitaristas, engajados na luta pela equidade de acesso à saúde; mais recentemente, grupos de feministas preocupadas com saúde, sexualidade e violência em suas mais diversas formas. Assim, surgiram, sobretudo nos Estados Unidos e na Inglaterra, movimentos reivindicando um *parto respeitoso*<sup>3</sup> e uma *maternidade voluntária e prazerosa*, bem como articulações que buscam fortalecer grupos de parteiras (*midwives*), como o *Midwifery Today* e MANA<sup>4</sup> entre outros, bastante ativos até hoje.

---

<sup>2</sup> A correlação entre partos cirúrgicos e esterilização é constatada pela análise da demógrafa Elza Berquó, para o caso do Estado de São Paulo. Cf. BERQUÓ, Elza. Brasil: Um caso exemplar – anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, n.2, UFRJ/UERJ, p.366-381,1993.

<sup>3</sup> Cf. CIMS (Coalizão para a melhoria dos serviços de Maternidade). Informe técnico: Nasce nos EUA a ‘iniciativa para o parto respeitoso’. *Arquivos Brasileiros de Pediatria*. Rio de Janeiro, v.4, n.4,p.111-113, jul/ago.1997. Tradução de Marcos Renato Carvalho.

<sup>4</sup> A MANA reúne *midwives* e parteiras dos EUA, do México e do Canadá.

Já no Terceiro Mundo, a preocupação com a saúde e bem-estar de mulheres e crianças ficou registrada no documento *Tecnologia apropriada para nascimento e parto* (ANEXO 7), posteriormente publicado na revista *Lancet*, de grande legitimidade no campo biomédico. A par disso, tem-se observado a crescente presença de movimentos e de congressos em torno do assunto, constituindo o que, aos poucos foi sendo identificado como movimento pela humanização do parto. Um dos pontos centrais que alimenta as políticas para a assistência ao parto é a busca de diminuição da mortalidade materno-infantil, uma preocupação que faz parte das agendas dos movimentos sanitaristas e feministas desde muitas décadas, já que essa, no Brasil, ainda é considerada alta. Tais taxas têm decrescido nas últimas décadas, tendo sido estimadas nos anos 90 em um pouco mais de 100 mortes para cada 100.000 nascidos vivos. No entanto, trata-se de taxas ainda muito superiores a de países como o Canadá e os EUA, onde não chegam a 10 mortes a cada 100.000 nascidos vivos. Há que se registrar a problemática da subnotificação dos óbitos, considerada grave no Brasil<sup>5</sup>, embora seja percebida também em outros países. Há que se considerar, ainda, que as altas taxas de mortalidade em países onde os níveis de pobreza são altos, como o Brasil, envolvem uma série de fatores não diretamente relacionados ao parto, mas à precariedade das condições de vida, o que viria a justificar, segundo algumas pesquisadoras, o aumento da mortalidade materna em regiões como a Grande São Paulo, nos últimos anos.<sup>6</sup>

Vários dos estudos epidemiológicos que sustentam as recomendações da OMS referem-se às correlações entre forma de assistência ao parto e índices de morbimortalidade infantil, chamando a atenção para o fato de que a intervenção cirúrgica do parto não corresponde, necessariamente, à melhoria dos indicadores de saúde.<sup>7</sup> Pesquisadoras do tema têm mostrado que os países que apresentam um sistema de assistência menos intervencionista revelam os melhores índices de saúde materno- infantil,

---

<sup>5</sup> Cf. VALONGUEIRO, S. et al. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.19, p.292-301, 2003.(Supl.2) e HOTIMSKI, S. *Parto e nascimento no ambulatório na casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica*. São Paulo Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2001.

<sup>6</sup> Cf. LAURENTI, R. *Maternal Mortality in Latin American Urban Areas: the case of São Paulo, Brazil*. *Boletim da PAHO* (OPAS). n.27. p. 205- 214, 1993. (Apud HOTIMSKI, S. *Ibidem*, p.20.)

<sup>7</sup> Cf. SANTOS, Marcos Leite. *Humanização da assistência ao parto: um modelo teórico*. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Federal de Santa Catarina.

como o caso da Holanda, onde a forma de atenção ao parto oficial inclui o trabalho de parteiras, partos a domicílio e baixo intervencionismo.<sup>8</sup>

As recomendações que a OMS vem fazendo apontam para uma relativa desmedicalização do parto, na medida em que compreendem os seguintes pontos: incentivo ao parto normal (vaginal); revalorização do papel das mulheres como parteiras e enfermeiras capazes de atender a partos normais; diminuição de intervenções agressivas; incorporação de técnicas mecânicas de alívio para o dor; valorização do suporte emocional a parturiente, através *de doulas* e acompanhantes; estímulo ao vínculo mãe-bebê imediato ao pós-parto. Outros documentos foram elaborados depois da Conferência de 1985, incluindo dados bem mais detalhados acerca do processo do parto, entre eles se destaca o Guia da Maternidade Segura, que disponibiliza uma versão resumida dos estudos epidemiológicos da Iniciativa Cochrane, que tratam de correlações entre as práticas convencionais e índices de saúde materno-infantil. Mas esses estudos, em que pese a legitimidade da OMS, não têm influenciado a contento o modelo de assistência ao parto preponderante no Brasil.

Nesse contexto, a *epidemia de cesáreas* segue em curso, tendo aumentado ou se mantido estável – em níveis altos – naquelas regiões em que foram interiorizadas a ponto de se falar em *cultura de cesáreas*: vemos nos mapas em anexo, referentes a 1994 (ANEXO 3) e a 2001 (ANEXO 4), a distribuição das taxas de cesáreas realizadas conforme o Estado: em ambos casos, observa-se a maior concentração de cesarianas nas regiões mais urbanizadas e economicamente mais ativas, mas, também, forte incidência das maiores taxas em estados como o Mato Grosso e o Mato Grosso do Sul.<sup>9</sup> A analogia entre níveis sócio-econômicos mais elevados (sobretudo a partir do critério escolaridade) e partos cirúrgicos tem sido observada pelos estudiosos do tema,<sup>10</sup> além de outros fatores como paridade. Neste sentido, este último é revelador da vinculação entre cesáreas e esterilidade,

---

<sup>8</sup> Cf. AKRICH, M.; PASVEER, B. *Comment la naissance vient aux femmes*. Paris: Synthélabo/Les Empêcheurs de penser en rond, 1996. p. 22.

<sup>9</sup> Os mapas referem-se aos dados do SINASC no ano de 1994 (mais próximo do ano de 1993, ano de fundação da REHUNA) e de 2001, última data em que foi possível acessar aos dados.

<sup>10</sup> Cf. FREITAS, P. *The epidemic of caesarean sections in Brazil: factors influencing type of delivery in Florianopolis, South Brazil*. Londres, Universidade de Londres, 1999, p. 20-23.

em função da decisão de encerrar a carreira reprodutiva da mulher, ainda que muitas vezes desinformada<sup>11</sup> das suas conseqüências sobre o corpo e a sexualidade.

Os dados do SINASC mostram uma taxa de incidência de cesáreas menor nas regiões mais pobres e menos desenvolvidas: Amapá continua sendo o que apresenta um menor índice, abaixo das recomendações da OMS, ao passo que predominam aqueles estados com taxas de cesáreas entre 35% e 50 % dos partos, como se vê nos mapas. No entanto, à primeira vista, os investimentos institucionais em deter a epidemia parecem ter surtido efeito em algumas regiões, sendo que, em 2001, não se encontram mais, no plano regional, índices superiores a 50 %, ainda que surjam casos de crescimento como os casos de Roraima e Sergipe. Esses esforços foram empreendidos no sentido de atender às orientações da OMS pelo Ministério da Saúde, a partir de 1998: além de incentivos e condutas menos internacionais, através de Prêmios como Maternidade Segura e Galba Araújo, o Ministério modificou o sistema de pagamento aos partos no SUS, o que levou a uma diminuição do interesse pecuniário que fazia com que, muitas vezes movidos por interesses financeiros, os médicos da rede pública preferissem realizar a cesárea.

Além destas medidas, o Ministério passou a incentivar a abertura de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, tendo em vista a priorização dos partos normais e a possibilidade destas profissionais assumi-los, bem como programas de capacitação de parteiras tradicionais, vistas pela OMS como capazes de atender partos de baixo risco. No campo médico, algumas iniciativas foram feitas também neste sentido, como a campanha *Normal é o parto natural*, empreendida em 2000 pelo Conselho Federal de Medicina.

No entanto, as reações da categoria médica aos programas de humanização têm sido fortes, particularmente aqueles que implicam a ampliação do campo da assistência às enfermeiras e à criação de Casas de Parto. Ao longo desta pesquisa, foram registrados vários conflitos e polêmicas dessa ordem, todos envolvendo as corporações médicas, os quais evidenciam o poder que essa categoria detém na sociedade, e os limites que encontram até mesmo as iniciativas governamentais junto a esse setor – pelo menos no atual contexto.

Mas, as tensões no campo da assistência pública ao parto não são novas: elas integram um processo que já tem longa duração, sugerindo que as iniciativas

humanizadoras ainda estão longe de obter consenso. O atendimento ao parto no Brasil, de um modo geral, está muito distante do que postula a OMS, como também de outras recomendações e acordos internacionais, envolvendo saúde reprodutiva, sexualidade e direitos humanos.

A propósito, lembro da importante discussão que vem sendo empreendida no campo dos direitos humanos: documentos e acordos assinados nas conferências internacionais, sobre população, saúde e mulheres, contemplam também a discussão das formas convencionais de assistência ao parto, ao associarem as práticas predominantes no campo hospitalar à violação de direitos humanos. Em muitos lugares, de acordo com a argumentação de Simone Diniz,<sup>12</sup> pesquisadora e ativista da REHUNA, a forma pela qual as mulheres são atendidas poderia ser facilmente enquadrada como desrespeito aos direitos humanos e violência contra as mulheres. Este argumento faz eco à realidade empírica relatada em muitos estudos que vêm sendo feitos, ao longo das últimas décadas, no campo das Ciências Sociais, acerca da assistência ao parto, tanto no Brasil quanto em outros países.

A recorrência de casos de negligência, de inacessibilidade a informações, de tratamento humilhante, maus tratos e danos corporais na hora do parto, não é desconhecida: está presente na pauta dos movimentos feministas ligados à saúde, bem como a esterilização feita sem consentimento, associada à cesárea e à falta de leitos nos centros urbanos.<sup>13</sup> Nas freqüentes reportagens feitas na mídia sobre o assunto, escutamos relatos às vezes surpreendentes, como o que segue:

#### **Mãe dá à luz na porta do hospital**

Impedida de entrar no local onde seria assistida para fazer o parto, a dona de casa Rosânia Mariano deu à luz seu quarto filho na sala de espera da Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição em Tubarão. A sala em que o bebê nasceu fica aberta para a rua. Sem atendimento, a dona de casa pariu ainda com as roupas. O recém-nascido ficou preso na calça da

---

<sup>11</sup> Como mostra o estudo de MINELLA, Luzinete. Representações femininas sobre a experiência da esterilização. *Revista do Centro de Ciências Humanas/UFSC*. V.15, n.21, p.199-230, 1998.

<sup>12</sup> DINIZ, C.S. *Entre a técnica e os direitos humanos: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento*. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo

<sup>13</sup> ÁVILA, M.B; CORRÊA, S. O Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil. In: GALVÃO, L. e DIÁZ, J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/Population Council, 1999. p.70-103.

mãe. Segundo a diretora do hospital, houve falta de comunicação por parte da paciente e de seu marido.<sup>14</sup>

Além de apontar para a displicência com que o referido hospital tratou a parturiente, nada incomum no Brasil, chama atenção o fato de que Rosânia deu à luz sozinha, sem poder evitar o nascimento do filho, revelando um ponto central nas políticas da humanização: que o parto, na maior parte das vezes, não requer senão um espaço adequado e pessoas disponíveis a colaborar com o processo, ao contrário dos impedimentos citados, no caso acima, pela Maternidade.

As políticas de humanização da assistência ao parto são ainda incipientes, sendo apenas recomendadas pela OMS e incentivadas pelo Ministério da Saúde.<sup>15</sup> Mesmo assim, há de se considerar que fazem parte de um conjunto mais amplo de órgãos que estão articulados em torno de políticas gerais, mundiais ou locais, entre elas, as implementadas pelo FMI e Banco Mundial. Desta forma, as atuais estratégias para o chamado desenvolvimento de países como o Brasil não estão descoladas das políticas de ajuste estrutural que se fortaleceram nas últimas três décadas, embora sejam claras as brechas e os espaços que têm aberto às demandas originadas de movimentos sociais. Particularmente no campo do feminismo e do ambientalismo, a ONU tem incentivado a elaboração de agendas consensuais entre países acerca de políticas de proteção ao meio ambiente e de expansão dos direitos das mulheres. Cabe registrar, no entanto, que tais medidas não somente são muito mais diplomáticas e proclamadas do que concretas e reais, como também mostram que foram elaboradas a partir de processos geradores de exclusões consideráveis.

Jules Falquet chama a atenção para o contexto no qual se forjou uma espécie de arremedo de participação: a celebração das ONGs como representantes dos projetos da sociedade civil, na verdade, sob as cores do participativismo, tem contribuído mais para imprimir uma face generosa e/ou solidária em relação às políticas neoliberais do que para resolver efetivamente problemas estruturais e demandas históricas de movimentos populares latino-americanos.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Da redação. Mãe dá à luz na porta do hospital. *Diário Catarinense*. Florianópolis, 21 de janeiro. 2004, (Geral), p.19.

<sup>15</sup> O *Guia Prático/ Maternidade Segura*, por exemplo, no qual o aporte aos estudos científicos feitos sobre o tema é significativo, diz o seguinte: “Este documento não é uma publicação formal da OMS.”

<sup>16</sup>FALQUET, Jules. *Mujeres, feminismo y ‘desarrollo’*: un análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales. (mimeo, 2002)

O fenômeno da *onguização* tem sido alvo de crítica de feministas, em função dos processos preparatórios das Conferências Internacionais terem sido fortemente seletivos e excludentes (deixando à margem os setores mais pobres e mais dependentes) bem como os próprios limites da atuação dos movimentos em torno da estratégia reformista e da noção de consenso global.<sup>17</sup>

Há ainda que se refletir sobre o papel das agências internacionais na definição das pautas sociais da América Latina – não apenas da OMS, UNICEF e ONU, mas das próprias agências de pesquisa e desenvolvimento, fortemente direcionadoras da produção de conhecimento bem como de políticas públicas e *de desenvolvimento*. Assim, a *onguização*, que implica profissionalização de trabalhos e ativistas, acabaria por tornar os grupos reféns de seus financiadores, os quais, em função do seu poder econômico, acabam definindo – de fora – as pautas e as ações sociais desenvolvidas nos países pobres. Por outro lado, a estratégia de parceria tem trazido resultados positivos no que se refere à minimização de problemas emergenciais, como é o caso da epidemia da AIDS, segundo a análise de Cristina Bastos<sup>18</sup>, ao mesmo tempo em que viabiliza ações no campo da educação de base de uma forma profissionalizada e mais contínua, bastante animadora no contexto de escassez de recursos que afeta, obviamente, os movimentos e associações de base.

Não é propósito deste trabalho aprofundar tais questões, mas, certamente, há uma dimensão macro-política que não se pode perder de vista: as recomendações da OMS em prol da humanização da assistência ao parto vêm sendo propostas ao longo das mesmas décadas em que se aprofundaram as políticas de ajuste estrutural, e não parece que os organismos internacionais estejam distantes destas peculiaridades. Exemplo disso são as políticas que oferecem serviços diferenciados à população, naturalizando a pobreza e a precariedade das condições de vida e de saúde, em vez de estender serviços e bens de consumo coletivo de forma equitativa, como se pode depreender dos próprios documentos oficiais. A política de humanização presente nos cursos de treinamento de parteiras tradicionais, integrantes do programa de humanização, sugere essa interpretação, ainda que não esgote a complexidade da situação envolvida:

---

<sup>17</sup> Cf. ALVAREZ, S DAGNINO, E. e ESCOBAR, A. *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2000.

<sup>18</sup> Cf. BASTOS, C. *Ciência, poder, ação: as respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

Sabemos que para a maioria das mulheres das áreas ribeirinhas e lugares distantes, especialmente Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais, muitas vezes em condições precárias, sem nenhum preparo e supervisão do Sistema de Saúde, tem sido a realidade. Esta assistência pode e deve melhorar. As secretarias estaduais e municipais de saúde precisam assumir a responsabilidade, pelo apoio material e técnico ao trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais, *dada a importância deste trabalho nas regiões de difícil acesso aos serviços de saúde.*<sup>19</sup>

Percebe-se, aqui, que a possibilidade de prestar uma assistência de baixo custo é considerada nas diretrizes do Ministério, reforçando um dos argumentos mais fortes em prol da humanização – o dos altos custos do modelo hegemônico; mas, a adesão a tal modelo é bem mais complexa, envolvendo, como será visto, todo um conjunto de representações e práticas fortemente arraigadas na instituição médica.

Acrescenta-se a essa conjuntura o histórico temor geopolítico dos países de Primeiro Mundo com a explosão demográfica dos países pobres, representada pelo apoio permanente das agências de desenvolvimento aos programas de controle da natalidade, amplamente contestado pelo movimento feminista no Brasil. Cabe ressaltar que o incentivo ao pré-natal e ao planejamento familiar é parte integrante dos programas de humanização, constando também dos objetivos dos cursos de capacitação de parteiras.

No trabalho, mostro que a REHUNA, desde seu início postula uma mudança na forma de assistir o parto, enfatizando a dimensão dos direitos, tanto da criança como da mulher, os quais recentemente vieram a ser pensados como atributos desses novos sujeitos(mulher/criança) e que trazem consigo novas tensões e dilemas. Apesar de ser uma das principais defensoras e divulgadoras dessas recomendações, a Rede introduz elementos originados no campo dos movimentos feministas, notadamente a idéia de que o parto é parte da vida sexual e, conseqüentemente, está ligado aos direitos sexuais e reprodutivos de cada mulher.

Resta a indagação: até que ponto aquela dimensão *controlista* desapareceu das preocupações das agências de desenvolvimento? Muito embora as conferências realizadas pela ONU venham indicando um novo patamar para se pensar a questão populacional, a dúvida permanece. Há que lembrar um dado: nos marcos da modernidade, a população é

---

<sup>19</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático. Maternidade Segura*. 1996.

vista ou como uma riqueza nacional, ou fonte de sua pobreza, já que é na população que o bio-poder se assenta, como argumenta Foucault.<sup>20</sup> Diante disso, e de acordo com meus propósitos quanto à elaboração do projeto de pesquisa, tentarei responder a algumas das questões que seguem: em que medida o assim chamado parto humanizado introduz mudanças na forma de compreender a maternidade nas sociedades contemporâneas? Como se configura este movimento social e quem adere a ele ou simpatiza com o mesmo? Onde atua e quais as características e tensões internas ao grupo? Quais as ações desenvolvidas pelos diferentes atores do movimento e como dialogam entre si? Qual a influência e os sentidos que o feminismo adquire junto ao movimento? Quais as inovações que tal movimento traz em termos da assistência ao parto, considerando sua longa trajetória de tensões, conflitos e disputas? Como se articulam, sob uma identidade comum, as diferentes visões sobre parto, nascimento, maternidade e natureza que circulam no movimento? Em que medida as propostas da humanização da assistência contribuem para modificar as representações de gênero e de família hegemônicas?

A tese está estruturada em seis capítulos. O primeiro trata de situar a pesquisa do ponto de vista metodológico, dando especial ênfase à dimensão da subjetividade. Tais digressões foram necessárias, uma vez que o fato de eu mesma participar do universo de pesquisa implicava uma elaboração mais aprofundada dessa dimensão. Mais do que isso, creio que a *sinceridade metodológica*, dever de ofício do antropólogo/a, implica em explicitar as implicações subjetivas e os esforços de objetivação que foram necessários ao longo do trabalho.

Segue-se um capítulo de cunho historiográfico, que trata de traçar alguns pontos da história da assistência ao parto nos últimos séculos, quando, em minha opinião, forjaram-se as linhas mestras do campo da assistência que o movimento pela humanização, hoje, pretende romper ou modificar. Nessa história, são exploradas as relações de gênero e de poder que permeiam o campo da assistência, desde os processos de medicalização e de hospitalização do parto, que implicaram em disputas entre o sistema médico e formas de cura populares/familiares, bem como entre elites e classes populares e, ainda, entre gêneros, já que o processo de medicalização destruiu pelo menos em parte, as redes de assistência

---

<sup>20</sup> FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

desempenhadas por mulheres, e, portanto, uma das mais significativas esferas de poder feminino.

No capítulo três, são analisadas as idéias centrais que compõem o ideário da humanização do parto, a partir da literatura nativa, notadamente obras produzidas por intelectuais orgânicos do movimento, ou seja, pensadores, cujo papel dentro do movimento tem sido o de produzir idéias, textos e livros sobre humanização do parto e da assistência. Argumenta-se que o Parto Humanizado é um desdobramento do Parto sem Dor, dos anos 50, e do Parto Natural, que se tornou conhecido nos anos 70 e que vem sendo englobado pela noção de humanização.

No quarto capítulo, é apresentado o grupo mais ativo do movimento – a REHUNA, a partir de seus componentes, de algumas trajetórias pessoais e sua própria forma de organização, destacando-se os rituais mais importantes do movimento, a saber, as conferências ou congressos da REHUNA, bem como as ações cotidianas de um grupo de Florianópolis a ela vinculado, o qual designo de Grupo Local.

No decorrer do trabalho, os termos *Movimento* e *Parto Humanizado* são utilizados quase como sinônimos, e a REHUNA aparece, em geral, como a principal atriz deste movimento. Entendo-o como *teia* ou *rede* de pessoas, integradas mais pelo conjunto de idéias (ideário) partilhadas, do que por uma filiação ou ligação direta com uma instituição que é fluida por sua própria natureza.

O capítulo cinco relata uma das experiências desenvolvidas no âmbito do Movimento – os cursos de capacitação de parteiras tradicionais – capitaneada pelo Grupo Curumim, um grupo feminista ligado à REHUNA. Nele são exploradas as interações entre ativistas da humanização (incluindo as ativistas de Estado) e as parteiras camponesas pobres, consideradas como leigas ou tradicionais, do Vale do Jequitinhonha. Neste capítulo, é dada ênfase ao processo de interação entre ativistas da humanização e parteiras, tendo em vista a necessidade de determinar os pontos de contato entre dois universos simbólicos distintos, bem como o modo como as diretrizes da OMS são reinterpretadas no cotidiano dos cursos, a partir dos aspectos comuns entre educadoras e ativistas da humanização e parteiras tradicionais.

No sexto e último capítulo, apresenta-se a etnografia da maternidade do Hospital Universitário da UFSC (HU), uma das experiências institucionais reconhecida como

humanizada, vista como um espaço privilegiado de atuação de vários ativistas da REHUNA. Procuo observar as diferenças relativas às usuárias do serviço, bem como os significados distintos do parto para cada uma delas. A decisão de finalizar minha análise pela etnografia do hospital decorre não só do fato de se tratar do lugar para o qual ocorre a maioria das mulheres para dar à luz no Brasil, além de ser o espaço principal de atuação dos ativistas da humanização, mas também porque se trata, junto com outras, de uma instituição nodal das sociedades contemporâneas, tão densa quanto visceralmente implicada com o bio-poder: uma estrutura institucional *pesada* da sociedade moderna, cujos efeitos se fazem sentir até mesmo fora dela. Ao término, são feitas algumas considerações finais sobre a pesquisa, bem como levantados pontos que merecem ser desenvolvidos futuramente, sugeridos ao longo do texto.

### **Observações relativas à escrita**

Todos os nomes das pessoas citadas, seja das entrevistas, seja das observações, são fictícios, à exceção de Cibele Oliveira, que manifestou seu desejo em manter seu nome verdadeiro. Os depoimentos coletados por outras pesquisadoras e que fazem parte de obras editadas foram referidos em nota de rodapé, tal como aparecem nessas obras. Os nomes das instituições, cidades e grupos são reais, à exceção do Grupo Local, que é fictício.

Os nativos da REHUNA são designados ao longo do texto como *rehunidos e rehunidas*, e as referências feitas sempre obedecem ao gênero predominante do grupo considerado. Por exemplo, *enfermeiras* permaneceu no feminino, pois trata-se de uma categoria, majoritariamente, feminina, ao passo que *médicos* foi mantido no masculino, uma vez que diz respeito a uma categoria composta, majoritariamente, por homens. Em ambos os casos, porém, além da maioria numérica, observa-se que se trata de categorias profissionais generificadas, ou seja, a medicina como um campo de saber masculinizado, ao passo que a enfermagem, um campo de saber feminizado. A correspondência entre maioria numérica e *ethos* científico, nos dois casos, predomina, mas não há uma correlação direta e perceptível nos indivíduos empíricos, ou seja, as médicas assumem o mesmo *ethos* médico masculinizado dos homens, pois o campo está marcado por esta conformação, assim também os enfermeiros, por exercerem esta profissão, assumem os ditames do campo

da enfermagem, marcados pelos cuidados. O mesmo vale para parteiras e educadoras, ofícios femininos nos dois sentidos. Quando há um certo equilíbrio numérico ou simbólico, mantive os dois gêneros na escrita: *rehunidos e rehunidas*, ou, quando há apenas mulheres ou apenas homens, os mesmo são referidos pelo respectivo gênero. Os termos e expressões nativas (referente ao discurso de ativistas e parteiras) estão todos em itálico ao longo do texto. Igual procedimento foi adotado para palavras estrangeiras. Os negritos são utilizados para palavras e expressões, cujos grifos são meus, e são indicados ao lado das citações e frases.

## CAPÍTULO 1

### Metodologia e Subjetividade

Em sua condição de sujeito social, o etnólogo mantém uma relação de familiaridade com sua cultura, e, por esta razão, encontra dificuldades para tomar como objeto de pensamento os esquemas que organizam seu próprio pensamento, quanto mais os esquemas encontram-se interiorizados e dominados, tanto mais escapam quase que totalmente às tomadas de consciência parecendo-lhes assim coextensivos e consubstanciais a sua consciência.<sup>21</sup>

Uma das maiores dificuldades para realizar este trabalho permeia todos os capítulos, todas as linhas e está nas entrelinhas: trata-se do clássico desafio de estranhar o familiar. Analisar o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento implicou, desde o início, uma certa coragem no sentido de desconstruir crenças pessoais que alimentavam boa parte de minha trajetória de vida, muito mais do que de minha trajetória profissional. Uma breve anamnese deste percurso, que é certamente um processo de relativização, faz-se necessário, e é dela que passo a falar aqui.

A primeira vez que algo me levou a reconsiderar meu próprio sistema de crenças foi quando uma amiga, vinda de outra região do Brasil, ao observar minha preocupação excessiva em manter uma alimentação natural, comentou: *“lá em casa a gente come qualquer coisa, somos uma família simples, não temos esse jeito naturalista das classes médias do sul.”*

Na ocasião, sua fala me deixou profundamente irritada, e não consegui responder, absolutamente, nada diante do impacto de tal afirmação. Nos meses que se seguiram, tal frase não me saía da cabeça e foi, então, que começou o processo de estranhamento do familiar que acredito ter sido o início da concepção desta tese. Pela primeira vez, alguém que eu supunha *igual a mim* revelava um estranhamento sobre meus hábitos vegetarianos e os associava a um estilo de vida e ao pertencimento de classe e de região. Minha amiga, já naquela época, era estudante de antropologia. Na sua observação, ficava clara a constatação de que este *jeito natural* era, na verdade, construído no cotidiano de um contexto social

---

<sup>21</sup> BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Ática, 1982, p. 204.

muito específico – camadas médias urbanas do Sul – e que sustentar este estilo de vida requeria muito esforço; não era fácil ser *naturalista*, havia que se trabalhar constantemente para isso.

Muitos anos se passaram e várias outras situações, similares a essa, sucederam-se. A escrita desta tese, em meu entender, é a consequência racional e reflexiva desta primeira *dose de choque cultural*. Trata-se, portanto, de um desafio de simbolizar um processo também existencial – e visceral, para aludir ao termo *estomacal* cunhado por Da Matta – de relativização de um universo do qual eu faço parte, ou seja, de empreender a *desconstrução de uma certa subjetividade partilhada por mim o tempo todo*.

Minha ligação com o tema *parto natural* era antiga: assim como muitas pessoas da minha geração e *ethos* de classe, eu era uma ativista ecológica e pacifista nos anos 80, e foi em um livrinho intitulado *Aprenda a fazer Movimento Ecológico*,<sup>22</sup> de Carlos Minc, que li, pela primeira vez, referências sobre as *maravilhas do parto de cócoras*.<sup>23</sup> Dizia o autor, em tom quase confessional, mas buscando socializar sua experiência familiar: *minha companheira resolveu dar à luz de cócoras, como os índios*. Certamente ele conhecia o já famoso livro de Moysés Paciornik, *Aprenda a nascer com os índios*,<sup>24</sup> pois pessoas como ele eram as que se interessavam pelo assunto – esquerdistas, ecologistas, pacifistas, talvez feministas. E, tal como ele nos ensinava neste livro, eu tive minha primeira filha, em casa, de cócoras, com apoio de um médico, ligado ao Partido Verde e de outras pessoas amigas, bem como, evidentemente, de meu *companheiro*. O nome do bebê foi escolhido cuidadosamente no repertório onomástico alternativo e acredito que tenha chancelado, durante a pesquisa, minha legitimidade no grupo local. Cabe salientar que nosso parto era visto como um *grande acontecimento* de nossa *vida alternativa*; primeiro porque era um projeto que consolidava nossa identidade e, depois, por ser um ponto crucial no currículo de uma família alternativa. Da mesma forma que muitas pessoas de minha geração, destas camadas médias escolarizadas urbanas, nós tínhamos lido e relido o livro de

<sup>22</sup> MINC, C. *Aprenda a fazer movimento ecológico*. Petrópolis: Vozes, 1984. (Coleção Como Fazer)

<sup>23</sup> Carlos Minc, ecologista e sociólogo, era uma das lideranças nacionais do Movimento Ecológico na década de 80, tendo sido eleito deputado estadual pelo PT, no Rio de Janeiro, na década de 90.

<sup>24</sup> PACIORNIK, M. *Parto de cócoras: Aprenda a nascer com os índios*. São Paulo: Brasiliense, 1979.

Fernando Gabeira, intitulado, justamente, *Vida Alternativa*,<sup>25</sup> posterior a seu clássico *O Que é isto, companheiro?*,<sup>26</sup> no qual fazia um balanço dos equívocos da esquerda dos anos 60.

Tal como muitos casais de classe média, embalados por ideologias de mudanças, ou ruptura e de *esquerda alternativa*, minha opção de vida situava-se dentro dos parâmetros que Gilberto Velho atribuiu aos profissionais de camadas médias cariocas: a extrema valorização do vanguardismo, da originalidade e de um certo aristocratismo ligado à valorização da diferença, da transgressão e da inovação.<sup>27</sup> Menos aristocratas, no entanto, porque pertenciam a uma geração marcada, quando não pela vivência direta nos anos rebeldes, pela identificação simbólica com a contracultura e a *geração 68*, ou ainda, em Filhos de Aquário, forma de acentuar o espírito libertário das gerações pós anos-60: aquário era o signo que representava a liberdade, o vanguardismo e as profundas mudanças que estavam por acontecer no século XXI.

Assim sendo, pensar sobre este universo alternativo – enquanto, de certa forma, ainda o vivia – e sobre o parto, neste contexto, foi, a um só tempo, um projeto acadêmico e um processo existencial. Como estranhar o que me era tão familiar? Ou melhor, como perceber o que, neste familiar, estava relacionado a esta escolha, a esta arbitrariedade que representa um estilo de vida – seja por tendência sociológica, seja por opção? Como aceitar que aquilo que eu julgava (de forma etnocêntrica) *certo* pudesse ser apenas fruto das arbitrariedades da cultura?

O presente trabalho é, a verdade, fruto de um percurso acadêmico que não se iniciou no campo da Antropologia, pois minha formação anterior era em História e Sociologia. Apesar disto, na trajetória de pesquisas acadêmicas, cheguei a utilizar *recursos da pesquisa etnográfica* de forma assistemática e amadorística, sem, portanto, vivenciar esse ritual de iniciação tão importante na formação dos antropólogos.

A escolha de um tema ao qual eu estava politicamente engajada e com ele, afetivamente envolvida, não foi desavisada. Desde o início, sabia dos riscos de uma excessiva implicação com o assunto e com o grupo do qual faço parte, mas acredito que,

<sup>25</sup> GABEIRA, Fernando. *Vida alternativa*. Porto Alegre:L&PM, 1985.

<sup>26</sup> GABEIRA, Fernando. *O que é isso, companheiro?* Rio de Janeiro: Codecri, 1981, 26 ed.

<sup>27</sup> Cf. VELHO, G. *Nobres e Anjos*. Um estudo sobre tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

sem riscos, a própria antropologia não existiria enquanto projeto intelectual, e, talvez, nem valesse a pena.

### **Em busca de um olhar *de dentro***

Minha aproximação maior com a Antropologia começou quando eu fazia uma pesquisa de orientação historiográfica, em uma comunidade pesqueira do sul da Ilha de Santa Catarina, através da qual queríamos entender como os jovens desta localidade vivenciavam as mudanças que vinham acontecendo na região. Dando continuidade a uma temática que foi se impondo no trabalho de campo – processos de modernização de comunidades tradicionais –, juntamente com outras colegas e alunas da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), decidi pesquisar a memória das mulheres dessa mesma comunidade. O ponto de partida foi a questão da maternidade, já que as mudanças no comportamento familiar, conjugal, afetivo e sexual eram muito significativas na região. Trabalhamos com história oral, fazendo entrevistas com mulheres que relatavam sua vivência enquanto mães, tendo como centralidade o momento do nascimento dos filhos. Nesta ocasião, como coadjuvante das entrevistas de histórias de vida e diante de uma maior segurança quanto ao método etnográfico, passei a utilizar o Diário de Campo como ferramenta indispensável à pesquisa. A realização de entrevistas era sempre acompanhada de observação participante.<sup>28</sup> Logo depois, passei a trabalhar com uma colega antropóloga em outro projeto intitulado *Núcleos Comunitários de Cultura*<sup>29</sup> parceria que se tornou decisiva na escolha posterior pelo campo da antropologia. Discutimos vários textos de antropólogos acerca das concepções de folclore, cultura popular e cultura e passamos a trabalhar com observação participante e história oral já em um patamar de igualdade, não só utilizando o registro etnográfico, na contextualização das entrevistas, mas, também, acompanhando as festas, reuniões, eventos e o cotidiano da comunidade.

Se na pesquisa anterior sobre *maternidade*, eu tinha elementos muito ricos no que

---

<sup>28</sup> Posteriormente, encontrei um texto que falava justamente da rentabilidade da articulação entre a história oral e a etnografia, que vinha sendo trabalhada na antropologia .Cf.CRUIKSHANK, Julie. Tradição oral: revendo algumas questões. In: AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta (Orgs). *Usos e abusos da História Oral*.Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.149-165.

<sup>29</sup> FRANZONI,T.; TORNQUIST,C.S. *Parabolicarmação – tradição e modernidade no Sul da Ilha*. Florianópolis, 1996.Relatório de Pesquisa, 1998. Universidade do Estado de Santa Catarina. (mimeo).

tange aos saberes femininos relativos ao parto, e dos cuidados com os bebês; ao trabalhar, fundamentalmente, com *memória feminina*, nesta pesquisa mais dinâmica e tensa, eu e minhas colegas tínhamos a chance de acompanhar o cotidiano das nativas, observando o quanto elementos daquela memória narrada, por vezes, de forma heróica, era resignificada ou, simplesmente, reproduzida no fluxo da vida cotidiana. De toda forma, estava presente e não podíamos mais falar em “desaparecimento de uma cultura e de uma memória coletiva”, como inicialmente era o pressuposto do grupo comunitário com quem tínhamos estabelecido a parceria do projeto. Nesta pesquisa, de tipo participante, realizamos uma atividade muito instigadora, chamada *oficina de chás e de ervas*, que reuniu um grande grupo de mulheres idosas para que exibissem seus saberes sobre cura. Foi uma experiência relevante que marcou o grupo, pois, pensar, mais amiúde, acerca do tema saúde popular nos levou a incorporar nas reflexões sobre a memória, a questão da corporalidade e das *performances narrativas*.<sup>30</sup> Posteriormente, ao matricular-me na disciplina *Antropologia da Saúde* neste Programa, como aluna especial, pude reconhecer naquele universo, uma série de questões colocadas pela Antropologia Médica e da Saúde, como as *narrativas terapêuticas* e as *performances narrativas* as quais vim a conhecer, mais tarde, nas narrativas de partos, similares as que viria encontrar tanto na ilha de Santa Catarina quanto em Minas Gerais.

Em 2000 tive a oportunidade de realizar uma etnografia do sentido estrito do termo: financiada pelo Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, citado anteriormente, realizei uma Etnografia da Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis(HU),<sup>31</sup> utilizando o método de observação participante e entrevistas. Minha *aventura antropológica* iniciou-se, portanto, em uma Maternidade, articulando tentativas de estranhamento e de aproximação nesse universo familiar e exótico a um só tempo: lugar onde mulheres como eu iam dar à luz e onde profissionais de saúde tão diferentes de mim atuavam. Este espaço hospitalar com suas rotinas e configurações constituía-se em uma verdadeira alteridade, tratando de

---

<sup>30</sup> Na época desconhecia totalmente a produção antropológica sobre *narrativas terapêuticas* e *performances*, bem como itinerários terapêuticos, mas, depois, pude associar a estas os relatos de cura, os percursos que faziam desde sua casa até o posto de saúde e as situações em que as contavam.

<sup>31</sup> Para facilitar a leitura, passo a me referir, doravante, a essa instituição como Maternidade do HU.

transformar o que era frontalmente exótico – o mundo do hospital – em um espaço familiar com sua lógica própria, a qual, aos poucos, eu conseguia compreender e quase interiorizar.

A partir da realização desta etnografia, pude conhecer várias pessoas ligadas ao que passei a chamar de Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, pois a Maternidade do HU identifica-se com a chamada *humanização do atendimento*, que elegi, logo depois, como universo da pesquisa, acatando a convincente argumentação de minha orientadora, acerca da relevância de estudar um movimento social deste tipo. Alguns dos profissionais da Maternidade eram ativistas da REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), e só após este contato foi que comecei a pensar em meu projeto de pesquisa, concomitantemente ao meu ingresso no curso de Antropologia. Para minha surpresa, eu acabava de chegar em um espaço que pensava haver abandonado após finalizar o Mestrado em Sociologia Política: os movimentos sociais. Comecei, então, a pensar em trabalhar na linha sugerida por Eunice Durhan, nos anos 80, em um texto em que falava da importância dos *estudos de dentro* dos movimentos sociais – no caso, estudos etnográficos sobre esses movimentos.<sup>32</sup> Logo percebi também que estava novamente diante do ecologismo, o qual julgava, também, ter deixado para trás, como objeto de reflexão, embora costumasse pensar que deste período havia trazido para o cotidiano um modo de vida original, prova maior da força de minha ideologia. Ao contrário, ele, mais uma vez, se colocava diante de mim. Agora, misturado com outras temáticas, como o feminismo e a bio-medicina. Mas desta vez, o meu olhar estava mudando: além de fascinada com o que faziam as antropólogas, mais do que dar continuidade a estudos pregressos ou mudar totalmente de tema e de aldeia, o que eu desejava mesmo era relativizar certezas, estranhar o familiar, *deslocar o olhar*.

---

<sup>32</sup> DURHAN, E. Movimentos sociais: a construção da cidadania. São Paulo: *Novos Estudos Cebrap*. São Paulo, Cebrap, n.10, p.24-31, out. 1984.

## As penas da escrita

Lutar com palavras é a luta mais vã  
Entanto lutamos  
Mal rompe a manhã

Carlos Drummond de Andrade

Enfrentar o momento solitário e tenso da escrita é parte árdua deste ritual de iniciação, no entanto, uma das etapas mais decisivas. Como na Antropologia a articulação teoria e pesquisa tem, verdadeiramente, *estatuto epistemológico*, o momento da escrita apresenta-se como ocasião privilegiada – embora não única, pois, em campo, já estamos fazendo hipóteses e comparações – dessa articulação, aí incluídas as dificuldades especificamente psíquicas – sempre solitárias – do processo de distanciamento inerente ao trabalho de estranhamento e relativização. É o que sublinha Marisa Peirano:

Se na antropologia a criatividade nasce da relação empírica e fundamentos da disciplina, então a pesquisa de campo surge como algo mais do que um mero ritual de iniciação no qual o antropólogo prova que sofreu, mas resistiu. A solidão, embora boa companheira nas descobertas da alteridade, não é o caminho virtuoso e mágico que, por si só, produz boa antropologia. *À parte o fato de que a distância necessária para produzir o estranhamento pode ser geográfica, de classe, de etnia ou outro, mas será sempre psíquica.*<sup>33</sup>

Escrever, portanto, é um momento difícil e guarda uma penosidade própria: acredito que o é em função de ser a ocasião em que se faz uma espécie de *luto*: o trabalho de campo acabou, a fenomenologia do cotidiano com nativos e nativas, também, estamos diante do desafio de *salvar os ditos alheios*, inscrevendo – os em nossa interpretação.

Iniciar esta etapa solitária é encarar a conclusão de um trabalho de muitos anos e admitir que, nem tudo que poderia ser dito e feito, o foi. Na hora da escrita, temos que, efetiva e explicitamente, escolher: optar por algumas das inúmeras referências e autores que fizeram parte do repertório, pelas orientações teóricas com as quais nos identificamos, pelos dados de campo, pelos informantes mais privilegiados. Ficamos, ainda assim, em débito

---

<sup>33</sup> PEIRANO, Marisa. *A Favor da Etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995, p. 19.

conosco: nem tudo que escrevemos foi feito como *deveria*, nem tudo que sabemos logramos transformar em texto.

Roberto Cardoso de Oliveira, em seu sugestivo artigo *O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever*, fala-nos dos impasses que o momento da escrita *no gabinete* trazem ao pesquisador, quando, já distante do trabalho de campo, *tout court*, ele se depara consigo mesmo e com os desafios inerentes ao ato de escrever, ou seja, de constituir uma comunidade de comunicação e de argumentação, de textualizar a cultura e, a meu ver, de dar concretude ao que se experimentou, anotou, recolheu, colecionou, sentiu. O autor recupera uma das teses centrais de Geertz que, em seu clássico livro sobre a dimensão autoral do trabalho antropológico, considera o ato da escrita é como o momento do *beeig there*, no qual o autor precisará convencer seus leitores de que leu e interpretou outra cultura, de que fez sua viagem antropológica adequadamente.<sup>34</sup>

A solidão deste instante contrasta, definitivamente, com os momentos típicos do trabalho de campo: aqui, não se está mais interagindo, nem participando do cotidiano dos nativos – seus encontros, suas festas, seus rituais – nem levantando hipóteses e dando vazão a *insights* e intuições. A vida na rua – esta que faz com que tantos colegas não-antropólogos por vezes não levem muito a sério o que fazemos, dadas as aparentes delícias do estar lá,<sup>35</sup> definitivamente acabou: trata-se, agora, de escrever, de voltar-se ao mundo da casa, ou do gabinete, e cuidar de traduzir para um texto acadêmico tudo – ou quase tudo – o que se passou. A ruptura fatal que se dá entre o trabalho de campo – a vida na rua – e o momento da escrita – reclusão da casa – é apontada como um momento difícil por vários antropólogos, como aqueles citados por Vagner da Silva,<sup>36</sup> em seu trabalho com pesquisadores de religiões afro-brasileiras. Vale ressaltar que, nesta passagem radical, as pessoas de carne e osso tornam-se personagens de um texto, desencarnados e frios, ainda que os saberes da escrita possam inscrevê-los em narrativas mais ou menos vibrantes. Mesmo trazendo para dentro dos textos monográficos ou polifônicos estes sujeitos – agora, sim, inevitavelmente transformados em indivíduos sociológicos, objetivados – os

<sup>34</sup> GEERTZ, Clifford. *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós, 1989.

<sup>35</sup> Realmente, é bastante desafiador explicar a um leigo, por exemplo, que freqüentar assiduamente *cabarets* parisienses nas madrugadas, como Rafael Menezes Bastos, em sua pesquisa sobre Pixinguinha em Paris, ou acompanhar os travestis em seu trabalho noturno no Rio de Janeiro, como fez Hélio Silva, ou ainda , freqüentar círculos e consumidores tóxicos em rodas artísticas-boêmias, como Gilberto Velho, são tarefas nobres do nosso *métier* e fazem parte do trabalho de campo.

desencontros dos antropólogos com seus nativos têm sido grandes, muitas vezes identificando-se com um sentimento de culpa, uma dívida a ser saldada de alguma forma.<sup>37</sup>

Na presente pesquisa, a necessidade de construir um distanciamento do movimento de que passei a fazer parte, foi facilitado visto que o principal espaço da pesquisa – o grupo em que eu estava engajada – no momento em que ia começar a escrever, passou por um processo de esvaziamento. Processo similar – embora mais drástico - foi vivido por Miriam Grossi, em sua pesquisa feita entre um grupo feminista gaúcho, na década de 80, o qual, praticamente, já havia desaparecido quando ela se dirigiu ao mesmo com vistas a desenvolver seu estudo:

*C'est autour de l'angoisse, éprouvée pendant cette première semaine parce que mon objet n'existait plus, que j'ai décidé d'étudier le groupe, les militantes et la défaite du féminisme. Plongée dans ce sentiment de vide, de néant, d'absence et de mort, j'ai commencé à construire mon objet.*<sup>38</sup>

Reconheço que o estudo com movimentos sociais e com grupos militantes, mais do que qualquer outro universo, padece desta instabilidade, em função de sua própria natureza. Isso, porém, não retira a legitimidade de compreendê-los. Embora muitos desapareçam, podem ter sido *infinitos enquanto duraram*, espécies de instáveis aldeias, de tanto valor epistemológico quanto qualquer outro estudo antropológico. É que os objetos da Antropologia não são os nativos de uma tribo ou grupo, como argumenta Paula Montero:

Esta maneira de chamar 'sujeito e objeto' é uma ilusão, esta polaridade é ruim, porque não existe objeto. Os antropólogos pensam sobre problemas, questões, quando falamos objeto parece que este está lá e vamos até ele. Negro não é objeto, índio não é objeto, mulher não é objeto, movimento social não é objeto: *os objetos da Antropologia são questões e problemas.*<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> SILVA, Vagner. *O Antropólogo e Sua Magia*. São Paulo: EDUSP, 2000.

<sup>37</sup> Concorro com Janaína Amado quando analisa a culpa que assola os pesquisadores que trabalham com história oral e memórias de vida, acentuando que somente a participação para-além dos textos, na esfera política propriamente dita, poder dar conta de mitigar esta culpa. Cf. AMADO, Janaína. A Culpa Nossa de Cada Dia. Ética e História Oral. In *Projeto História*, São Paulo, PUC, 1997, n.15, p. 145-155.

<sup>38</sup> GROSSI, Miriam. *Discours sur les femmes battues*. Paris : Université Paris V- Sorbonne, Tese de Doutorado, 1988, p.14.

<sup>39</sup> MONTERO, Paula. Debate. In: SILVA, V. et al. *Antropologia e seus espelhos: a etnografia vista pelos observados*. São Paulo: USP, 1994. p.75.

Assim, meu objeto não desapareceu, porque as questões permaneceram, embora as relações com os grupos tenham diminuído de intensidade e até de qualidade, pois, mesmo não tendo construído uma distância física com as pessoas – muitas se tornaram mais próximas a partir do Grupo Local – pude construir uma distância psíquica e simbólica através do distanciamento das atividades do grupo, enquanto tal, de suas reuniões, festas e ações.<sup>40</sup>

Se a experiência foi mesmo impactante do ponto de vista psíquico e afetivo, e se o encontro ou o diálogo foi efetivo por parte do antropólogo, que, agora, diante dos seus deveres acadêmicos, deverá retomar – se a abandonou por um tempo – sua função de escritor, pensador, analista, intérprete<sup>41</sup> Haverá que fazer um processo de luto, o que passa, necessariamente, pelo ato de escrever:

Devemos entender, assim, por escrever o ato exercitado por excelência no gabinete, cujas características o singularizam de forma marcante, sobretudo quando o comparamos com o que se escreve no campo, seja ao fazermos nosso diário, seja nas anotações que rabiscamos em nossas cadernetas. E se tomamos ainda Geertz por referência vemos que, na maneira pela qual ele encaminha suas reflexões, *é o escrever estando aqui, portanto fora da situação de campo, que cumpre sua mais alta função cognitiva*. Por quê? Devido ao fato de iniciarmos propriamente no gabinete o processo de textualização dos fenômenos sócio-culturais observados estando lá.<sup>42</sup>

Na verdade, o momento mais introspectivo, aquele realizado na solidão de um gabinete, requer um distanciamento do campo – ainda que este, em sociedades complexas, nunca deixe de se fazer presente. O controle do estado alterado de consciência,<sup>43</sup> que é o trabalho de campo, deve ser feito simbolicamente, ainda que a ruptura física colabore

---

<sup>40</sup> É bom que se diga que esta distância psíquica foi apoiada por um processo concomitante de piscanálise, que eu já vinha fazendo e que por vezes permitia elaborar determinadas questões, relações e sonhos que tive enquanto trabalhava na pesquisa.

<sup>41</sup> Marisa Peirano considera que duas dimensões importantes do trabalho de campo e do *encontro* deveriam ser aprofundadas – este impacto psíquico, a relação de transferência (no sentido psicanalítico), e o fenômeno da *conversão religiosa*. Cf. PEIRANO, Marisa. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

<sup>42</sup> OLIVEIRA, R.C. *O trabalho do Antropólogo: ver, ouvir, escrever*. In: *Antropologias centrais versus antropologias periféricas* São Paulo: Editora da UNESP, 1998.

<sup>43</sup> Em sua pesquisa junto aos devotos do Santo Daime, Alberto Groisman trata do estado de espírito que envolve a feitura do trabalho de campo como um *estado alterado de consciência*, que penso ser adequado para nomear as diversas fases da pesquisa e a sensação de que o campo *está por todos os lugares*. (Cf. GROISMAN, A. *Eu venho da floresta: ecletismo e prática xamânica do Céu do Mapiá*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), UFSC, (Introdução), 1991

bastante com este processo de desaquecimento. Um esforço imenso de delimitação de fronteiras e exercício sistemático de manutenção desta tão difícil *boa distância* tem que ser feito:

O momento do Escrever, marcado por uma interpretação *de e no* gabinete, faz com que estes dados sofram uma nova refração, uma vez que todo o processo de escrever ou inscrever as observações no discurso da disciplina está contaminado pelo contexto do *being here*, a saber, pelas conversas de corredor, pela atividade docente, pela pesquisa de biblioteca, etc, enfim, pelo ambiente acadêmico.

Eu acrescentaria, também, nesta lista de contatos prolongados que nunca cessam definitivamente, a feitura de textos ao longo da própria pesquisa de campo – apresentações em congressos e palestras, elaboração de artigos – que embaralham ainda mais estas temporalidades de um suposto momento pós campo. Ou seja, o fato de comunicar à nossa comunidade parte de nossas reflexões iniciais e mesmo hipóteses de trabalho, ao longo da pesquisa, faz com que os limites entre estas temporalidades e territórios sejam muito tênues e não estejam determinados. Tal qual a alteridade, que deve ser construída duramente ao longo de todo o processo, temos que construir estes espaços cotidianamente. A Antropologia das sociedades urbano-industriais exige que o estabelecimento de fronteiras provisórias não cesse nunca – desde o *insight* inaugurador do próprio projeto até o derradeiro momento de finalização da escrita. E, talvez, este tipo de situação cada vez mais se coloque como exigência intrínseca ao trabalho de toda Antropologia, pois nem mesmo o indígena de uma tribo distante, o contador de causos do pampa gaúcho ou as mulheres pobres de uma cidade distante cessam de manter seus contatos com os antropólogos que os escutaram e com quem estabeleceram relações de reciprocidade.

Acredito, no entanto, que, quando estamos envolvidos com nossos nativos – daí o uso do pronome *nosso* – seja por proximidade geográfica, afetiva, política ou simbólica, costuma acontecer o contrário: queremos, em um determinado momento, abandonar o campo, mas, nem sempre o *campo* – feito de *pessoas* de carne, osso, hormônios, expectativas – nos abandona. As nossas tentativas de fuga, exílio ou postergação são retribuídas com novos convites, quando não convocações, para o ativismo, participação, intervenção, posicionamento. Voltando à lógica da reciprocidade; vale esclarecer que o trabalho de campo nos endivida e que precisamos retribuir a dádiva; mas não somos,

exatamente, nós que detemos o controle de sua temporalidade. Pierre Bourdieu<sup>44</sup> assinala este aspecto do sistema de dádiva em que não há uma temporalidade prevista ou explícita, ela se insinua na relação e – por sabermos de nossa dívida – sentimo-nos obrigados a retribuí-la em dia e hora imprevistos.

Diante disto, temos duas opções: ou rompemos com o circuito da reciprocidade e não correspondemos às expectativas que nós mesmos geramos, ou, ao contrário, assumimos nosso comprometimento – em geral um compromisso muito prático e concreto – e nos envolvemos, ainda mais, nesta rede de relações, endividando-nos, consideravelmente, no emaranhado de obrigações. Entre estas duas escolhas, coloca-se uma miríade de situações constrangedoras e de dilemas éticos, e eis aí a dinamicidade e a vitalidade de nosso engajamento, quando não, a garantia de futuras pesquisas feitas por nós ou por nossos colegas antropólogos. Encerrar o campo – romper com o circuito – é sério sob diversos aspectos tanto para nós, como para nosso compromisso social/cidadão, para nossa comunidade e para a Antropologia enquanto campo de conhecimento.

Durante o ano de 2003, foram vários os momentos em que este campo – aí incluídas as pessoas do grupo, os contatos políticos feitos por ocasião da Lei do Acompanhante, as notícias de jornal, televisão, os colegas, amigos e alunos – retornava a mim, com sua informalidade, fluidez, surpresa, livre-associação e seus relatos – ora confirmadores de meu pensar, ora inesperados e, assim, deslocadores da análise, arduamente, construída. Algumas destas situações foram, evidentemente, consideradas; outras foram colocadas em suspenso, como questões para futuras pesquisas e ações. É que a ruptura – ainda que não radical – com o campo não depende apenas e exclusivamente de nós – daí nossa dor. Assim, somente consegui estabelecer esta ruptura em janeiro de 2003, quando, em uma reunião, informei que me ausentaria, temporariamente, do Grupo Local, com vistas a escrever minha tese sobre humanização do parto e que, em função de o grupo fazer parte do meu universo de pesquisa, seria importante esse afastamento.

A clausura exigida pelo momento da escrita não impede que vivamos *nossas* vidas em *nossas* aldeias – e eis que *nossos* nativos, *nossos* temas, *nossas* questões seguem vivendo, mandando mensagens eletrônicas, telefonando, deixando recados, convidando

---

<sup>44</sup> BOURDIEU, P. Marginalia – algumas notas adicionais sobre o dom. *Mana* - Estudos de Antropologia Social. Rio de Janeiro, Museu Nacional, v.2, n.2., p.7-20,1996.

para seus aniversários, batendo à porta. No entanto, quando se quer, as distâncias concretas são mantidas, mas acredito que a dificuldade de manter a alteridade construída simbolicamente é muito maior. Nesta situação, se há abandono das relações intersubjetivas – e dos laços de reciprocidade e afetividade – entre antropólogo e seus informantes, sabe-se que se trata de um abandono temporário. Diversamente da análise feita por Crapanzano,<sup>45</sup> acerca da relação entre ele e seu informante, *Tuhami*, destinada, desde o início, a uma despedida: neste caso, a sensação não é a do abandono, mas sim, de *suspensão temporária* das relações. Ainda que o movimento ou o grupo social desaparecesse, tal como costuma acontecer nos movimentos sociais, as relações que estabeleci ao longo deste trabalho transcenderam a militância e tornaram-se relações de amizade. Mas, sabemos que a amizade é, também, socialmente construída, sociologicamente analisável e passível de ser etnografada.

### **Dos clássicos às sofisticações necessárias**

Em sua *Introdução: As condições, os objetivos e o conteúdo desta investigação*, Malinowski recomenda que, como qualquer ramo de conhecimento, os resultados da pesquisa científica devem ser apresentados de forma imparcial e absolutamente honesta. Fiel à idéia de que a Antropologia poderia ser uma ciência objetiva, ele compara este empreendimento às ciências físicas:

Ninguém ousaria fazer uma contribuição experimental às ciências físicas e químicas sem relatar, detalhadamente, todos os arranjos experimentais, sem descrever, com exatidão a aparelhagem utilizada, o modo pelo qual as observações foram conduzidas, o número de observações realizadas e o tempo dedicado a elas, bem como o grau de aproximação com que cada medida foi tomada(...). Infelizmente na etnografia, onde uma *apresentação franca destas informações* seria ainda mais necessária, estes dados não tem sido oferecidos com suficiente generosidade e muitos autores não recorrem ao *farol da sinceridade* metodológica para iluminar os fatos que são apresentados como que surgido do nada.<sup>46</sup> (grifos meus)

Malinowski estava criticando obras que gozavam, à sua época, de grande reputação científica, mas que excluíam o leitor das formas como os dados apresentados e analisados

<sup>45</sup> CRAPANZANO, Vicent. *Tuhami: portrait of a moroccan*. Chicago: Chicago University Press, 1985.

<sup>46</sup> MALINOWSKI, B.O. Objeto, o método e os materiais para esta pesquisa. In: MALINOWSKI. São Paulo: Ática, 1986 (1922)

foram obtidos. Assim, ele inaugura um método que busca a objetividade e torna a etnografia um trabalho profissional e científico que requer preparo e treinamento.

A *boa antropologia*<sup>47</sup> tem seguido estas recomendações, na medida em que procura expor aos leitores as vicissitudes do trabalho de campo, as dificuldades da interação com os nativos, as questões da tradução e da compreensão lingüística, os envoltimentos afetivos e os limites do colaboracionismo com agências de colonização, bem como os seus conhecidos dilemas éticos.

No entanto, ainda que esta idéia seminal – *apresentar ao leitor a forma como os dados foram obtidos* – tenha permanecido, as concepções sobre ciência e objetividade, hoje, diferem, certamente, das que existiam no tempo de Malinowski. Seria ingenuidade pensar que os limites entre os resultados da observação direta das afirmações e interpretações dos nativos e as interferências do autor, baseadas em seu bom senso e em seu discernimento psicológico fossem tão claros assim.<sup>48</sup> Sabemos que a ciência é um *sistema de crenças*, que os cientistas estão também imbuídos de categorias de pensamento e interpretações limitadas e circunscritas cultural e historicamente, de modo que as questões metodológicas são sempre muito mais delicadas do que supunha Malinowski, autor marcado pela concepção de ciência típica de seu tempo.

A complexificação das exigências propriamente científicas que foram problematizadas nos debates contemporâneos a partir da crítica da ciência iluminista – aquela de Malinowski – forçosamente remete aos componentes subjetivos, afetivos e existenciais envolvidos na relação com a alteridade – seja ela dada ou construída. Este é um esforço de objetivação e, se ele envolve o antropólogo que também é o autor, é porque o conhecimento só se objetiva em pessoas de carne e osso: situadas em diferentes posições sociológicas estas devem ser *convidadas* da pesquisa e não incômodas hóspedes a serem escondidas constrangedoramente em um quarto sombrio. A idéia de expor, de forma clara, honesta e sincera, o modo como foi feito o trabalho segue sendo a principal luz da *boa antropologia*, aquela que leva a sério a tradição empírica da disciplina e incorpora as problematizações contemporâneas trazidas pela consciência hermenêutica, no sentido que lhe confere Roberto Cardoso de Oliveira.

---

<sup>47</sup> PEIRANO, M. Op. Cit. p. 69.

<sup>48</sup> MALINOWSKI, B. op.cit., p.26.

## A presença da subjetividade

No século XIX, E.Evans-Pritchard já dizia, acerca do confronto de experiências vivido na pele pelo antropólogo, que as impressões de campo não passavam apenas pelo intelecto, mas também pelas emoções, e que o impacto desse contato com a alteridade era parte a ser considerada no *métier* do antropólogo. Ele ainda afirmava que as idiossincrasias de cada pesquisador se faziam presentes na sua escrita monográfica. Consciente da dimensão autoral da escrita antropológica e defensor ardoroso do aspecto artístico desse trabalho, o autor afirma:

*Si bien creo que los diferentes antropólogos sociales que estudien a un mismo pueblo registrarán hechos similares en sus cuadernos de notas, también creo que los libros que escribirían serían muy distintos. Dentro de los límites impuestos por su disciplina y la cultura que están investigando, los antropólogos se guían por intereses diferentes para la elección de los temas, la selección y las disposiciones de los hechos que los ilustren, para escoger aquello que resulta importante dentro del conjunto. Esto se refleja en las variaciones de personalidad, educación, status social, opiniones políticas, convicciones religiosas etc.*<sup>49</sup> (grifos meus)

Para Evans-Pritchard, a escrita é decisiva na arte de seduzir o leitor e mostrar-se convincente quanto ao saber sobre os nativos. Ainda que pareça dar maior ênfase à dimensão autoral e artística do pesquisador, julga que o aspecto mais geral da questão é o fato de o olhar do antropólogo ser culturalmente situado:

*Por distintos que sean entre si los diferentes investigadores, todos ellos son hijos de una misma sociedad. Además de su preparación y sus conocimientos, especializados, todos poseen fundamentalmente las mismas categorías y valores culturales, que los orientan hacia determinadas características de las sociedades en estudio.*<sup>50</sup>

A subjetividade que interessa às ciências sociais – e que constitui sua potencialidade – é aquela passível de enquadramentos, aquela que é partilhada com pessoas marcadas pelas mesmas características sociológicas do pesquisador – e este olhar pode ser submetida

<sup>49</sup> EVANS-PRITCHARD, E. *Antropología Social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975. p.99.

<sup>50</sup> *Ibid.* p.99.

a uma análise sociológica. Penso que teria, forçosamente, que incluir no rol destas identidades – e assim entre as características citadas por Evans Pritchard – dimensões como as do gênero, das posições políticas e da etnia do pesquisador, as quais, por motivos também culturais, determinariam a forma de ver o Outro.

Como argumenta Cláudia Fonseca, a subjetividade e mesmo as emoções que estão envolvidas no encontro do pesquisador ou da pesquisadora com seus nativos e/ou nativas não são relações meramente interpessoais e descontextualizadas; mas relações intersubjetivas nas quais ambas as partes são sujeitos sociais, estando portanto *verdadeiramente condicionados* pela forma como foram socializados. Comentando o uso do método etnográfico, coletado por Gilberto Velho, entre seus pares, diz a antropóloga:

Para o pesquisador tirar qualquer conclusão de seu material, foi necessário situar os sujeitos dentro de um contexto histórico e social. *É só ao completar este movimento interpretativo, indo do particular ao geral, que o pesquisador cria um relato etnográfico.* Sem esta contextualização (um tipo de representatividade *pos ipso facto*), o qualitativo não acrescenta grande coisa à reflexão acadêmica.<sup>51</sup> (grifos meus)

A autora alerta ainda quanto ao uso descuidado do *método etnográfico*, cada vez mais procurado por pesquisadores de outras áreas, não raro desavisados sobre o lugar da subjetividade na Antropologia, ressaltando os problemas de um desconhecimento a esse respeito. Para ela, o bom uso do método – mesmo quando se trabalha com um informante – é sempre *fazer enquadramentos*: analisar as interações e os sujeitos envolvidos no diálogo de forma socialmente contextualizada.

Também Ruth Cardoso, em um texto dos anos 80, no auge da popularidade da observação participante nas ciências sociais, alertava para os riscos de um mau entendimento do que seria a assim chamada *valorização da subjetividade*:

A relação intersubjetiva não é o encontro de indivíduos autônomos e auto-suficientes: *é uma comunicação simbólica que supõe e repõe processos básicos responsáveis pela criação de significados e de grupos.* É neste encontro entre pessoas que se estranham e que fazem um movimento de aproximação que se pode desvendar sentidos ocultos e explicitar relações desconhecidas. A prática da pesquisa que procura este tipo de contato preciso valoriza tanto a observação quanto a participação. Se a última é

---

<sup>51</sup> FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso. *Revista da Associação Nacional de Pesquisa em Educação*, São Paulo: ANPED n.10, jan-abril 1999.

condição necessária para um contato onde afeto e razão se completam, a primeira fornece a medida das coisas. *Observar é contar, descrever e situar os fatos únicos e os cotidianos, construindo cadeias de significação.* Este modo de observar supõe, como vimos, um investimento do observador na análise do seu próprio olhar. Para conseguir esta façanha sem se perder entrando pela psicanálise amadorística, *é preciso ancorar as relações pessoais em seus contextos e estudar as condições sociais de produção dos discursos.* Do entrevistador e do entrevistado.<sup>52</sup>(grifos meus)

A recuperação da subjetividade do antropólogo *homem* e da antropóloga *mulher* – para usar, como exemplo, um recorte de gênero destas condições sociais de produção dos discursos e delimitação do olhar – tem inspirado novas etnografias sobre grupos estudados, anteriormente, por homens. Um exemplo conhecido é o trabalho de Anette Weiner<sup>53</sup> que, ao retomar o trabalho de Malinowski, observa rituais e fenômenos propriamente de mulheres, como o *dala*, um ritual funerário muito importante na vida dos trobriandeses. Também têm-se estimulado pesquisas acerca das peculiaridades do trabalho de campo feito por mulheres antropólogas, vistos como menores ou subsidiários, e, ainda, estudos instigantes acerca do papel das esposas de antropólogos conhecidos, revelando que muitas vezes foram verdadeiras co-autoras de seus trabalhos,<sup>54</sup> malgrado sua invisibilidade.

Reflexões sobre a especificidade da escrita feminina e da própria relação entre mulheres e nativos/as são apontadas por Margareth Mead, que sublinha certas especificidades a partir de sua própria experiência e das diferenças culturais entre mulheres e homens; observações que hoje, diante do crescimento significativo da reflexão no feminismo e na Antropologia acerca da problematização *da autoridade etnográfica*, correm risco de até soar banais.

Segundo Paula Montero, tal questão, embora constitutiva da disciplina, tem retornado à cena de uma forma interessante: ao colocar sob o foco dos refletores o que normalmente era vivido atrás do pano – as estratégias do pesquisador, seus afetos, o modo como o pesquisado o vê e o acolhe, as condições, muitas vezes, precárias em que a pesquisa se realiza - *o avesso da pesquisa é erigido como constitutivo do conhecimento.*<sup>55</sup>

<sup>52</sup> CARDOSO, R. Aventuras do antropólogo em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. (Org). *A aventura antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986, p.103.

<sup>53</sup> Cf. WEINER, A. *La richesse des femmes ou Comment les esprits vient aux femmes*. Paris: Seuil, 1983.

<sup>54</sup> Como o caso de Elizabeth Agassiz, comentado em GAZOLLA, Ana Lúcia. Mulheres à deriva: viajantes anglo-americanas no Brasil. *Cadernos de pesquisa do NAPq/FALE/UFMG*, Belo Horizonte, n.27, 1995.

<sup>55</sup> MONTERO. op.cit., p.75.

Na mesma linha de pensamento, Miriam Grossi lembra que este tipo de reflexão não esteve completamente ausente das preocupações dos antropólogos, mas que ocupava um lugar bizarro, mais próximo das memórias pessoais e das curiosidades biográficas. Não se fazendo presentes nas reflexões antropológicas como mereciam; elas eram antes vistas como curiosidades e revelações, por vezes, demasiado impactantes, como foi o caso conhecido do *Diário secreto* de Malinowski, mas não seria diferente com outros antropólogos: por exemplo, *Os tristes trópicos* de Lévi-Strauss, as cartas de Margareth Mead, e as memórias de Ruth Landes<sup>56</sup> acerca da marginalização e preconceito de que foi alvo, em seu trabalho de campo, no Brasil.

Assim, a consciência hermenêutica, que se consolidou na disciplina nos últimos anos, segundo a análise de Roberto Cardoso de Oliveira, tem levado a reflexões mais detalhadas (e não apenas como curiosidades biográficas) sobre o lado, até então, oculto da experiência existencial do antropólogo. No entanto, o que se postula, é que a reflexão incorpore a subjetividade como parte do trabalho, ou seja, assuma um estatuto propriamente teórico e epistemológico.

Estranhamento, relativismo, alteridade, comparação *e busca incessante do ponto de vista nativo* tornaram-se elementos centrais de uma profissão que se orgulha de seu lastro microscópico, artesanal e, jamais, definitivo. Desta forma, entende-se a Antropologia como uma ciência social que não se define por seu objeto, mas por seu *método*; uma ciência, enfim, que se define pelo olhar, para usar a definição de Ilka Boaventura Leite:

A antropologia, portanto, parece ser uma espécie de *ciência do deslocamento, do estar entre, da incomodidade permanente* que se expressa através da busca incessante de nova paisagem, incluindo nela a morte os mortos(...). Mais do que polir o olhar, *a antropologia tem servido para bolir o olhar, no sentido de tirar do lugar, de desestabilizar, de fazer emergir sujeitos não previstos no enredo ou objeto.*<sup>57</sup> (grifos meus)

Louis Dumont, rendendo seu tributo a Marcel Mauss, sublinha a especificidade da Antropologia: o antropólogo estuda um *objeto* que é da sua própria natureza, de forma que

---

<sup>56</sup> Na trajetória de Ruth Landes no Brasil, chamam atenção os imbrólios políticos internos ao campo científico, envolvendo, no caso, nítidas discriminações de gênero, segundo a análise de GOLDE, Peggy. A woman anthropologist in Brazil. In: *Women in the field*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press, 1986. p.119-142. Também citado por SILVA, op.cit. nota 14.

é preciso considerar isto como condição *sine qua non* de uma questão epistemológica e metodológica principal e não secundária ou de somenos importância:

Sob o ângulo mais imediatamente pertinente para o estudo, o das representações sociais de que ele participa, *o observador é aqui parte obrigatória da observação*. O quadro que ele fornece não é um quadro objetivo, no sentido de que o sujeito estaria ausente: é, outrossim, o *quadro de alguma coisa vista por alguém*. Ora, sabemos a importância de que se reveste esta consideração para a filosofia das ciências, a qual começa precisamente quando o quadro objetivo é relacionado com o sujeito que o fornece. *Na antropologia a que nos referimos, tal como na física nuclear, encontramos de imediato neste nível mais radical em que não se pode abstrair do observador.*<sup>58</sup>

Para Dumont, a Antropologia é uma ciência, ainda, em devir – expressão cunhada por Mauss, no início do século. Lévi-Strauss reitera este tipo de consideração, reportando-se ao mesmo mestre, sublinhando:

Dizer que o fato social é total não significa apenas que tudo que é observado faz parte da observação, mas também, e principalmente, que em uma ciência em que o observador é da mesma natureza que seu objeto, *o observador é ele mesmo parte da sua observação(...)*. A situação particular das ciências sociais é de outra natureza, que se prende ao caráter intrínseco de seu objeto, ao mesmo tempo objeto e sujeito, ou, para usar a linguagem de Durkheim e Mauss, coisa e representação.<sup>59</sup> (grifos meus)

Lévi-Strauss, neste texto, não está se referindo ao estudo de sociedades urbano-industriais; ao contrário, ele tem em mente outras sociedades ou grupos sociais distintos daqueles em que o observador se situa, embora considere a unidade entre observador-observado. Uma vez que participamos, embora de maneira subjetiva, das outras inúmeras culturas, em função de nossa condição humana e da unidade psíquica desta mesma humanidade. O processo ilimitado de objetivação do sujeito – tão dificilmente realizável para o indivíduo – poderia ser alcançado pela Antropologia, pois:

As milhares de sociedades que existem ou existiriam na superfície da terra são humanas e nessa qualidade nós delas participamos de maneira subjetiva: poderíamos ter nascido nelas e podemos, pois, procurar compreendê-las como se nelas tivéssemos nascido (...). *Toda sociedade diferente da nossa é objeto, todo grupo de nossa própria sociedade, desde*

<sup>57</sup> Cf. LEITE, Ilka B. *Ética e estética na antropologia*. Florianópolis, PPGAS/ CNPq, 1997, p. 44.

<sup>58</sup> Cf. DUMONT, L. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica*. São Paulo: Rocco, 1985, p. 13.

<sup>59</sup> LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, EPU/Edusp, 1974. p.16.

*que não seja o de que saímos, é objeto, todo costume desse mesmo grupo, ao qual não aderimos, é objeto.* Mas esta série ilimitada de objetos, que constitui o Objeto da Etnografia, e que o *indivíduo deveria dolorosamente arrancar de si mesmo* se a diversidade de mores e costumes não o colocasse em presença de um desmembramento operado de antemão, a cicatrização geográfica e histórica jamais seria capaz de, sob risco de aniquilar o resultado de seus esforços, fazê-los esquecer que procede dele, e que sua análise, por mais objetivamente conduzida, não pode deixar de os reintegrar na subjetividade.<sup>60</sup> (grifos meus)

Menos pretensiosos que Lévi–Strauss e muito menos ainda do que Malinowski, talvez nós, contemporâneos, saibamos que os progressos da antropologia e das teorias sociais como um todo são, sobretudo, um *refinamento do debate*,<sup>61</sup> sempre circunscrito e situado. Sabemos também que a própria experiência etnográfica está marcada pelas desigualdades entre pesquisadores e nativos e que estas relações envolvem, além dos elementos sociologicamente pensáveis (aí incluídas as relações de poder), aqueles componentes mais complexos da interação fenomenológica entre seres humanos, de modo que as considerações de autores como Vincent Crapanzano, Paul Rabinow, James Clifford, Ruth Behar e tantos outros caracterizados como pós-modernos, tornaram ainda mais complexa nossa tarefa. Tanto a consciência hermenêutica quanto a problematização fenomenológica, ambas concernentes ao problema da subjetividade, em meu entender, são hoje elementos que devem compor a *exposição sincera das condições de feitura do trabalho* postulada por Malinowski e reforçando a argumentação de Lévi–Strauss e Louis Dumont, acerca da especificidade das ciências humanas.

Assim sendo, a atualização da *sinceridade metodológica* pode ser pensada em termos contemporâneos, pela inclusão da subjetividade no processo de conhecimento, não apenas no sentido de considerar que o que existe são *textos etnográficos* – portanto, escolhas, possibilidades, refinamento dos debates e complexificação das questões – mas que esta condição não coloca em risco, antes aperfeiçoa, um projeto científico para a disciplina.

Se os métodos utilizados e as escolhas teóricas são desdobramentos de uma determinada concepção de ciência, há que se admitir que esta tem mudado

---

<sup>60</sup> Ibid., p. 18.

<sup>61</sup> Segundo Geertz, os avanços da Antropologia se dão muito menos do que por um acúmulo de conhecimento e de repostas, mas antes, pela complexificação das questões e problemas que são colocados e pela ampliação do repertório de respostas. Cf. GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

consideravelmente, e já não é desejável – senão impossível – partilhar daquela crença de que há verdades absolutas, universais e independentes das posições subjetivas dos cientistas; também eles, pessoas de carne e osso, sexo e gênero.

### **A dinâmica do movimento**

Os antropólogos não estudam as aldeias, mas *nas aldeias*, conforme sugere Geertz. De certa forma, Malinowski afirmava isso quando recomendava ao antropólogo que fosse para sua aventura *munido de questões* e que fizesse a observação participante, tendo-as sempre em mente. Como o objetivo desta pesquisa é compreender o movimento social, suas práticas e seu ideário; minha aldeia é este *movimento*, objeto fluido e dinâmico por definição.

A dinamicidade que o trabalho de campo adquiriu, efetivamente, modificou meu olhar, tornando-o mais cosmopolita e menos centrado em minha aldeia original. Tendo conhecido, observado e interpretado outras realidades, outras línguas, e sofrido aquelas doses de choque cultural, que nunca mais deixam o antropólogo igual ao que era antes da sua aventura, ainda assim a Ilha de Santa Catarina é minha porta de entrada neste universo, a minha baliza, o porto seguro que tomo como referência mesmo para pensar os demais campos, as demais realidades que tive a oportunidade de acessar. A etnografia do HU, as narrativas de parteiras antigas, o longo e profundo convívio com os amigos do Grupo Local e REHUNA/SC estão sempre presentes nestas reflexões. E, neste sentido, posso afirmar que há um território firme que orienta as comparações e ponderações entre as diferentes formas de viver e pensar o parto nos dias de hoje.

Considero que o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento seja um movimento social, tipicamente urbano, mas que desenvolve ações e programas em áreas rurais, sendo constituído fundamentalmente por pessoas originadas de camadas médias urbanas, profissionalizadas e *escolarizadas*, e que se difunde, através de redes, por boa parte do território nacional. Conforme veremos depois, fazem parte da Rede profissionais de nível superior, principalmente os formados no campo das ciências da saúde, muitos deles com pós-graduação, atuantes em serviços de saúde e também em universidades, como docentes e pesquisadores. Há outros grupos sociais envolvidos, como

as parteiras tradicionais, que são alvo dos cursos de capacitação e que têm formas próprias de organização, particularmente, através de associações. Em vista do lugar que estes grupos ocupam no movimento, não se pode dizer que seja heterogêneo quanto à dimensão de classe, pois seus protagonistas são profissionais de camadas médias, assemelhando-se, neste particular, a outros movimentos sociais, como é o caso do movimento feminista.<sup>62</sup>

O trabalho de campo, especificamente realizado para esta pesquisa, constitui um conjunto daquilo que denomino fontes de pesquisa e compreende toda sorte de *fatós etnográficos* que coletei ao longo do curso de doutorado, e que foram sendo construídos passo a passo, ao lado das reflexões teóricas que aconteciam nas disciplinas, eventos e congressos.

Também estão sendo levadas em consideração fontes oriundas de pesquisas anteriores, relacionada com a temática do parto e do nascimento, revisitadas – reconstruídas – a partir da formação em Antropologia. Tal revisitação está sendo pensada, aqui, a partir da reflexão feita por Marisa Peirano, acerca dos excessos de descrições feitas em muitas monografias e deixadas soltas, sem análise, mas que, no seu entender, podem ser alvo de interpretações posteriores:

É freqüente encontrar-se na antropologia casos de *reanálises de material etnográfico colhido por outros pesquisadores*. Essas reanálises parecem evidenciar alguns pontos: primeiro, *a riqueza do material oferecido por um pesquisador*, que sempre deixa resíduos e pistas para uma interpretação alternativa. Segundo, o refinamento das interpretações depende tanto da teoria quanto dos dados – um truísmo que, na antropologia, mostra de forma exemplar a tese da temporalidade e da circunstancialidade das explicações e de sua perpétua renovação.<sup>63</sup> (grifos meus)

Neste contexto, a autora refere-se às análises feitas por outros *antropólogos*, o que difere da presente situação. Aqui trata-se de recuperar dados coletados em pesquisas anteriores, feitas por mim, em um outro momento, quando ainda era uma *simpatizante* da

---

<sup>62</sup> Muitos movimentos sociais atuais caracterizam-se por uma heterogeneidade quanto à origem de seus participantes, como é o caso do movimento ecológico e do movimento feminista. No campo desse último, as diferenças relativas à origem de classe têm sido alvo de discussões, como, por exemplo, as de Sônia Alvarez, acerca dos processos preparatórios para as conferências internacionais relativas aos direitos das mulheres, nas quais tais heterogeneidades fizeram-se manifestar. Cf. ALVAREZ. Op.cit. p. 383-425.

<sup>63</sup> PEIRANO, op.cit., p.63.

Antropologia. Posteriormente, com a formação sistemática nesta área, é que tais dados puderam ser reconstruídos enquanto *atos etnográficos*. Se entendemos que o trabalho de campo foi feito de forma séria, pautado na observação e na escuta, acredito que ele seja passível de reanálise, e que possa servir, no mínimo, como base de comparação com os fatos etnográficos mais apurados; entre eles, dados coletados por mim mesma e por outras pesquisadoras.

### *Se hace camino al andar*

A capacidade de adaptação ao campo, aos nativos, é constitutiva da etnografia moderna. Justamente, por isto, as *mudanças de temática, de estratégia e de técnicas*, no decorrer do trabalho de campo tem grande importância. Mais que em outras ciências sociais – porque o que se pretende é escutar o Outro – e a escuta implica recolocar as questões.

No projeto original, pretendia-se trabalhar com a Maternidade Leila Diniz, com a ONG Cais do Parto, de Recife, e com as casas de parto da favela Monte Azul e Sapopemba, de São Paulo, tendo como pressuposto o fato de que estas experiências tinham em comum a REHUNA, a rede que as articulava organizativa e ideologicamente. No decorrer da pesquisa de campo – e, exatamente, em decorrência desta caminhada, reorganizou-se este roteiro, incorporando as experiências de capacitação de parteiras em Minas Gerais (promovidas pelo Grupo Curumim, ligado à REHUNA), e excluiu-se a ONG Cais do Parto, em função de seu ténue vínculo com a Rede. Excluiu-se, também, a observação participante na Maternidade Leila Diniz e na Casa de Parto da Favela Monte Azul, sobre as quais já existem trabalhos que são utilizados aqui, embora, como foi dito acima, sejam considerados como elementos da reflexão.

A análise parte do pressuposto de que os movimentos sociais forjam identidades específicas, e que estas, por sua vez, reproduzem e ressignificam as categorias de pensamento que compõem um ideário que ultrapassa a organização, propriamente dita, do movimento social, deixando para trás as organizações, associações e mesmo *redes de movimentos sociais*.<sup>64</sup> Assim, não se procedeu, aqui, de uma caracterização exaustiva destes grupos, associações ou mesmo instituições que se auto-identificam como *humanizadores da assistência ao parto*, embora eu tente esboçar um pequeno mapa da

humanização da assistência no Brasil (ANEXO 1). Em síntese, houve, na escolha das experiências de humanização do mapa original, a incorporação de outros pontos não-identificáveis no momento da feitura do projeto.

As razões dessas mudanças têm a ver com a própria dinâmica do grupo e com questões mais práticas. Estas últimas se referem ao fato de que, diante da dimensão nacional do movimento e das dificuldades de obtenção de recursos e de tempo, seria impossível incluir, na análise, todas as experiências que existem no território nacional e que hoje, se auto-identificam com a humanização da assistência; mas, entre o desejo e a realidade de proceder a esta tentativa, há as inevitáveis e desoladoras impossibilidades ligadas ao deslocamento que envolve, além de tempo, questões financeiras.

Além disso, o movimento pela humanização está em franca expansão, estabelecendo uma dinamicidade muito intensa e particular. A inclusão do grupo de Florianópolis e os cursos com parceiras de Minas Gerais, bem como os eventos internacionais acompanhados expressam a seleção feita a partir daquilo que se colocava como mais pulsante no campo do movimento, aliada à possibilidade, e, depois decisão, de incorporação destes universos ao campo. Outra razão metodológica foi a participação no Grupo Local – grupo do qual participei em Florianópolis – não previsto no início, e que se revelou o espaço mais importante da pesquisa. Tratava-se do grupo com o qual se estabeleceram contatos mais profundos, intensos e prolongados, o que permitia acesso ao movimento nacional e ainda se revelava o espaço quase perfeito para se constituir aldeia principal para o mergulho etnográfico malinowskiano.

A meu ver, a maior inovação da pesquisa quando comparada às intenções propostas no projeto de tese defendido foi a incorporação da observação participante no Grupo Local do movimento. Este atingiu elevada proporcionalidade grande na pesquisa, visto que se configurou como aldeia principal, aquela na qual vivenciei profundamente a aventura antropológica tanto em seus moldes mais clássicos até os mais contemporâneos .

Acompanhar estas dinâmicas não é tarefa para uma mulher só, nem tampouco se pretendia dar conta de uma suposta totalidade do movimento. Entendo que, ao refletir sobre algumas destas experiências e dinâmicas, pude contribuir com o refinamento do debate

---

<sup>64</sup> SCHERER-WARREN, I. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Cortez, 1992.

acerca do movimento social pela humanização da assistência ao parto e das relações de gênero no campo da maternidade.

### **Nativas e nativos**

Os ativistas do movimento social pela Humanização do Parto e do Nascimento foram convertidos, por mim, em *nativos e nativas*, forma pela qual passo a referir-me ao grupo a partir de agora. Ao longo do texto o termo *rehunidos* ou *rehunidas*, forma nativa que é, por vezes, empregada. Elas e eles não são muitos em termos numéricos, se comparados com movimentos mais amplos, como o movimento dos sem-terra ou sindical, mas detêm parcelas consideráveis de poder e, qualitativamente, podem *fazer a diferença* nos lugares onde atuam, posto trabalharem em espaços de saber-poder – universidade, hospitais, órgãos públicos – e priorizarem a produção ideológica como um instrumento de mudança. Como cidadãos globalizados, cosmopolitas, intelectualizados e, não raro, capitalizados, têm costumes e hábitos de alto custo: lêem e compram livros, viajam muito de avião e de carros equipados com ar condicionado, usam e abusam da Internet, tiram férias em lugares paradisíacos, moram tanto em cabanas, ao estilo rústico, como em casas que poderiam ser classificadas de mansões. Lembram em muito o universo social analisado por Gilberto Velho, em *Nobres e anjos*,<sup>65</sup> talvez menos racionalistas e psicanalisados e mais influenciados pelo *ethos nova era*, mas, de todo modo, grupos identificados com valores similares aos das rodas artístico-boêmias cariocas.

Contrariando minhas expectativas iniciais, ao invés de fazer observação participante em endereços fixos e entrevistas em territórios domésticos, fui obrigada a *correr atrás* – por vezes literalmente – dos ativistas do movimento, até entre uma palestra e outra nos eventos que acompanhei e nos quais, de certa forma, pude fazer uma *observação participante* mais sedentária.

Fazer entrevistas em aeroportos, no saguão da Universidade, na estrada de chão batido no interior de Minas Gerais, entre um evento internacional e outro, em meio a várias línguas faladas ao mesmo tempo – inglês, francês, espanhol, português, *portunhol* – fez o dia-a-dia desta pesquisa, o que me deu a agradável sensação de estar em processo de deslocamento constante, na tão almejada aventura antropológica.

---

<sup>65</sup> VELHO, G.op. cit.

Em seu trabalho sobre as Promotoras Legais Populares de Porto Alegre, Aline Bonetti<sup>66</sup> relata experiência muito similar àquele que vim a conhecer. A autora conta que, ao contrário de seus planos, suas entrevistadas nunca eram encontradas em casa, local privilegiado nas pesquisas com mulheres de grupos populares. Essas lideranças comunitárias passavam o dia inteiro na rua, sendo suas casas o lugar menos provável de encontrá-las. As conversas, então, foram feitas sempre no espaço público, nas reuniões, na própria ONG que sediava o trabalho, no salão paroquial entre uma assembléia e um lanche.

Carmen Rial, ao estudar o universo dos *fast-foods* em Paris, Porto Alegre, Londres, entre outras cidades, defrontou-se com o mesmo desafio, acrescido da precariedade do tempo disponível de seus nativos consumidores de comidas rápidas – o que a levou a se adaptar aos seus hábitos:

*Néanmoins, cette recherche a posé quelques questions méthodologiques particulières que je vais essayer d'explicitier. La première concerne le rapport chercheurs-sujet. Lors du travail de terrain, j'ai mis en oeuvre deux procédures radicalement différents mais complémentaires: si la recherche menée auprès des travailleurs a permis une démarche méthodologique plus ou moins classique (d'établir au sein du groupe et partager une partie de leur quotidien, faire une observation participante) envers les fréquentateurs des fast-foods, en revanche, une telle procédure n'aurait pas eu du sens. Plutôt que m'enraciner dans un endroit si précis, j'ai pratiqué une sorte de flânerie, circulant dans le plus grand nombre d'établissements. Ces visites d'observation m'ont permis de capter ce que Malinowski appelle les imponderables de la vie authentique, même sans observer la constance dans la présence sur le terrain que préconise l'anthropologue polonais.<sup>67</sup> (grifos meus)*

Em alguns aspectos, minha pesquisa de campo assemelhou-se a este nomadismo proposital, em função do *nomadismo* dos pesquisados. Um movimento social como o da humanização do parto, protagonizado por profissionais da área da saúde, em grande parte médicos, também conta com uma dinâmica acentuada de deslocamentos que, de alguma forma, eu pude acompanhar nos eventos. Na observação mais sedentária no Grupo Local de Florianópolis pude perceber o quanto esta dinâmica é comum entre estes protagonistas - embora não todo, evidentemente. Já nos cursos de capacitação de parteiras, as viagens eram diferentes: mais baratas e muito mais aventureiras. Realizaram-se em ônibus distribuídos

<sup>66</sup> BONETTI, A. *Entre mulheristas e feministas*. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, UFSC, 2000.

<sup>67</sup> RIAL, C. S. *Le goût de l'image: ça se passe comme ça chez les fast-foods: étude anthropologique de la restauration rapide*. Tese de Doutorado. Universidade de Paris V, Paris: 1992.

em poucos horários, para longas distâncias, e por estradas de chão batido, portanto, sem os confortos da modernidade.

Segundo estudiosos dos movimentos sociais contemporâneos,<sup>68</sup> as ações coletivas nos tempos atuais, vistos como globalizados, se caracterizam por um acentuado cosmopolitismo e por uma intercomunicação significativa. As viagens concretas são menos importantes que o seu significado simbólico junto ao grupo, e fazem parte da noção de que as mudanças sociais têm que ser mundiais, globais, planetárias. Assim, foi possível acompanhar muitas dessas pessoas em sua atividade o que, de certa forma, aproxima novamente meu trabalho de campo à vivência da *flânerie methodologique*, descrita por C. Rial: *Agir autrement aurait signifie, je crois, ne pas être en mesure de capter l'une de principales caractéristiques de l'objet: le changement radical qu'il traduit par rapports aux espaces précédents, sa mobilité, la circulation constante qui s'y réalise, le permanent nomadisme de ses fréquentateurs.*<sup>69</sup>

Mas, diferentemente dos frequentadores de *fast-foods* – em um movimento, as pessoas são ativistas, simpatizantes ou lideranças. Neste contexto, os Congressos e Encontros Nacionais e Internacionais desempenhem um papel importante no movimento, sendo sempre evocados como parte de um repertório compartilhado de trajetórias individuais.

Em vista dessa especificidade foi necessário mudar o roteiro inicial – não só no sentido de acompanhar o que aparecia como a dimensão mais dinâmica do movimento que compõe o seu cotidiano – eventos, cursos, atividades. Em função disso e do fato de eu estar construindo o objeto da pesquisa já em contato com o campo, as fontes apresentam um tratamento diferenciado. E, fiel aos preceitos de Malinowski no que concerne à sinceridade como farol da pesquisa, acredito ser importante caracterizar essas fontes.

---

<sup>68</sup> SCHERER-WARREN, I.op.cit. p.16.

<sup>69</sup> RIAL, Carmem, op.cit., p.16.

## Os materiais utilizados para esta pesquisa

A metodologia principal foi a observação participante, realizada em vários espaços: na Maternidade do Hospital Universitário, nas reuniões e ações do Grupo Local; noseventos do Movimento – três congressos Internacionais e dois eventos locais<sup>70</sup> – e dois cursos de treinamento de parteiras tradicionais desenvolvidos em Minas Gerais, durante o ano de 2002, ocasiões em que, também foram coletadas as narrativas de parto, na forma de entrevistas gravadas.

Nestes espaços, coloquei-me, e fui colocada, em *posições diferenciadas*: no HU e no curso de parteiras, eu era uma antropóloga fazendo uma pesquisa, e as questões metodológicas envolviam, fundamentalmente, o tradicional trabalho do antropólogo que, estranho àquele universo, precisava estabelecer mecanismos práticos e psíquicos de familiaridade com o estranho.

Já no contexto do Movimento eu era reconhecida como ativista, e a familiaridade era maior, mas, desde o primeiro evento do qual participei, eu tinha certeza das diferenças que separavam meu lugar como pesquisadora e das vicissitudes de atuar em uma instância participativa/militante, embora, em alguns momentos, as fronteiras entre ativista e pesquisadora se dissolvessem. Desde o primeiro evento, duas diferenças de formação profissional colocavam-se como alteridade: o fato de a maioria das pessoas ser da área da saúde, médicos, enfermeiras e auxiliares, e de aqueles que compunham o Grupo Local do movimento, os promotores do evento, manifestarem um certo estilo afetivo que me provocava certo desconforto.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento, Fortaleza, 2000; Conferência Internacional Ecologia do Parto e do nascimento, Rio de Janeiro, 4-6 de abril de 2002 e conferência homônima, Florianópolis, 7 e 8 de abril de 2002. Eventos: *Nascer, Dar à Luz*, UFSC, abril de 2001, Manifestação Pública no Dia Internacional da Mulher, 8 de março de 2002.

<sup>71</sup> Tratava-se de um evento científico, incluía apresentação de pôsteres, comunicações e mesas temáticas. As conferências e palestras principais eram proferidas por reconhecidas autoridades no assunto. As pesquisas eram eminentemente quantitativas, epidemiológicas e a exibição de dados quantitativos e referências das *hard sciences* eram a tônica das conversas e comentários de corredor. Ao mesmo tempo, de uma forma que me parecia paradoxal, havia um discurso afetivo que apelava para valores como amor, carinho e cuidado, sentimentos que- segundo os ativistas- deveriam fazer parte da atuação profissional *humanizada*. Mais tarde, vim a perceber que as referências a esses sentimentos eram parte do próprio ideário, e não eram contraditórias.

A observação do Hospital Universitário de Florianópolis deu-se durante um período de nove meses, no qual tive acesso ao Centro Obstétrico, ao alojamento conjunto, aos cursos para casais grávidos e demais espaços contíguos da Maternidade. Neste contexto, a alteridade esteve bem demarcada – eu não era médica, nem enfermeira, nem parturiente, nem acompanhante; eu ocupava um lugar de estrangeira dentro de um espaço que me era profundamente desconhecido e considerado, via de regra, como fonte de medos e temores. Esta pesquisa possibilitou registrar o fluxo cotidiano das relações sociais num determinado universo em um período de tempo, suficientemente, significativo para permitir a mim, pesquisadora, uma compreensão da(s) lógica(s) deste universo.

Foram feitas observações de 27 partos completos, incluindo o período do trabalho de parto (TP), parto (P), recuperação e pós-parto, este último de forma secundária. Incluiu-se nesses *Partos Completos* alguns casos em *fase expulsiva*, aqueles em que as mulheres chegavam ao Centro Obstétrico (CO) já em fase adiantada do processo, indo por vezes diretamente à sala específica de parto ou mesmo, dando à luz no corredor. Foram feitas cerca de 100 horas de observação, entre os meses de março e novembro de 2000.

Além destes casos que compõem o conjunto de dados principais da pesquisa, foram registrados e analisados, como pano de fundo e em forma de comparação, outras ocorrências de parição que aconteceram, concomitantemente, aos casos completos, em um total de dez (10) situações. Nestas, não acompanhei o TP nem o parto, mas busquei informações similares às demais, relativas à identificação das mulheres, características da gestação, opção de parto, motivação e a presença de acompanhante, sensações corporais, paridade, nomeação do bebê. Também foram consideradas como informações precedentes à entrada no CO duas entrevistas gravadas, a partir de um roteiro semi-estruturado, com duas mulheres que haviam dado à luz na maternidade há um certo tempo – 1 e 2 anos – e mais quatro entrevistas formais com dois profissionais da equipe, identificados com o que chamo de ideário do parto humanizado.

A pesquisa na maternidade do HU, foi realizada dentro das normas da bio-ética, expressas na Resolução 196/CONEP,<sup>72</sup> motivo pelo qual se obteve o consentimento livre e informado das mulheres observadas, primeiramente de forma oral, quanto à chegada ao Centro Obstétrico e, depois, formalmente, nos dias subseqüentes ao parto, no Alojamento

---

<sup>72</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/1996. Brasília, 1996.

Conjunto (ANEXO 6). Nesta ocasião, foram feitas perguntas acerca do parto e da estada no Alojamento, bem como observados aspectos ligados à amamentação, cuidados com o bebê, e relação com o acompanhante.<sup>73</sup> Considerando que no Código de Ética de Antropologia da ABA não consta esta formalidade, nos moldes do Consentimento Informado, optei por trabalhar com o conjunto dos dados coletados. Creio ser esta uma discussão muito importante, a ser levada aos Comitês de Ética que, por força de Lei, estão sendo criados nas mais diversas instituições no campo da saúde. A tradição das ciências sociais e, sobretudo, da antropologia acerca da ética e da importância do consentimento *dos informantes* traria benefícios aos pesquisadores que vêm discutindo a questão da ética na pesquisa,<sup>74</sup> sem prejuízo dos grupos ou sujeitos pesquisados.

Já nesta ocasião, as questões ligadas à subjetividade fizeram-se anunciar: embora eu já tivesse certa familiaridade com situações de parto, como cientista social e como paciente vivi o estranhamento que uma leiga pode sofrer quando entra num mundo que não é o do seu cotidiano – um mundo de aventais, máscaras, injeções, tubos, prescrições, aparelhos, sangue. Um universo que convive com as manifestações de dor, de medo, de vergonha e de submissão, mas também com o alívio, com a alegria e com o contentamento, situações que se sucedem em uma temporalidade estranha à habitual, marcada por mudanças súbitas e radicais, nas quais o momento da expulsão do bebê representado pela sua chegada é o símbolo mais perfeito.

Talvez estas fortes emoções tenham prejudicado a própria pesquisa, pois iniciei o trabalho de campo fazendo uma espécie de etnografia selvagem, prestando atenção a todas as coisas, sem estabelecer parâmetros para a observação, e ocupando uma posição liminar, entre aquela que observa e aquela que participa, efetivamente, do evento. No entanto, este primeiro momento pôde servir não só como *ritual de entrada* a este universo, mas, também permitiu que eu *deixasse o campo falar*, ou seja, aceitasse que aqueles aspectos mais recorrentes e fortes suscitassem questões a serem analisadas.

---

<sup>73</sup> Inicialmente, pensou-se em fazer entrevistas formais, com gravador, com as mulheres no pós-parto, mas esta técnica foi abandonada em função das condições pouco propícias a uma entrevista no Alojamento Conjunto e mesmo, no período imediato ao parto.

<sup>74</sup> No processo de qualificação do PPGAS, tive a oportunidade de desenvolver o tema da ética na pesquisa à luz das experiências da Resolução 196/96, discutindo as diferentes orientações que estão na base da ética antropológica e das normatizações que vêm sendo feitas no campo da saúde e da Bioética Cf. TORNQUIST, C.S. Salvar o dito, honrar a dádiva. Dilemas éticos da escrita e do encontro etnográfico. In: *Revista Impulso*. Piracicaba, UNESP, 2004.

Foram feitas observações de Congressos e Eventos da Rede e do Movimento de humanização, as quais considero *rituais do movimento social*, a saber: encontros científicos – políticos ligados ao tema, encontros e reuniões de grupos e redes, rituais propriamente ditos e reuniões, ações e fluxo cotidiano de um grupo especificamente integrado ao movimento.

Entendo que os movimentos sociais produzem rituais emblemáticos de seu conjunto de representações e das relações entre seus atores e que a política é um dos espaços em que tais rituais se fazem presentes em nossa sociedade. Em um antigo texto, intitulado *Rebeldes primitivos*, o historiador Eric Hobsbawm,<sup>75</sup> falando deste assunto, associa as expressões rituais das rebeliões políticas pré-modernas às formas tradicionais de organização política, vendo a dimensão ritual dos primitivos como diferencial dos movimentos sociais como se nas sociedades contemporâneas /modernas esta dimensão tendesse a se transformar. O antropólogo Max Gluckman, que havia convidado o historiador para trabalhar com a questão dos rituais nos movimentos sociais,<sup>76</sup> partilhava da noção questionável de que as sociedades modernas seriam menos ritualizadas. Martine Segalen discute essa concepção, que embasa a análise de Hobsbawm, assinalando que os rituais seguem permeando a vida social, ainda que sob outras formas. No caso dos movimentos sociais e políticos, a dimensão ritual está presente tanto nas antigas formas dos movimentos quanto nas atuais, mesmo que essas se pretendam modernas e racionais.<sup>77</sup>

As modernas formas de expressão política – passeatas, comícios, assembléias – apresentam esta dimensão e podem ser analisadas proficuamente à luz de clássicos como Durkheim, Turner e, mais recentemente, Stanley Tambiah.<sup>78</sup> Além disso, outras tantas práticas sociais são ritualizadas, desde as festas de aniversário até as experiências escolares, passando pela internação em um hospital, como veremos depois. Martine Segalen recupera Durkheim para pensar as relações entre rituais e festas, aí considerando o campo da

<sup>75</sup> HOBBSAWM, E. *Rebeldes primitivos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

<sup>76</sup> Assim, ela diz, em uma breve menção a Gluckman: “*Ayant ainsi balayé les propositions de Van Gennep, Gluckman se détourne de l’argument sociologique et développe une hypothèse selon laquelle plus les sociétés deviennent plus complexes, moins elles sont ritualisées – une position commune dans le milieu des années 70.*” p. 34)

<sup>77</sup> SEGALLEN, M. *Rites et rituels contemporains*. Paris: Nathan Université, 1998. p.121.

<sup>78</sup> Cf. PEIRANO, M.O dito e o feito. Ensaios de antropologia política. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. A autora traz à tona questões similares às de M. Segalen, no sentido de reiterar que a sociedade contemporânea também tem seus rituais, tendo por foco fenômenos políticos contemporâneos.

política:

*S'il existe des sociétés qui ignorent le religieux, y en a-t-il qui soient privées de sacré? Durkheim lui même en avait une conception très large: un objet devient sacré, disait-il, par le fait qu'il est traité comme tel. Ainsi pour prendre un exemple extrême, le culte du mausolée de Lénine relève du sacré, comme tous les rituels mis en place par le comunisme, mais d'un sacré imposé. On peut aussi admettre qu'il existe des rites profanes sans être sacrés.<sup>79</sup>*

A observação participante feita por mim, envolvida ativamente na crítica da assistência ao parto, já traz de saída, as dificuldades de traçar limites entre compromisso político e reflexão crítica, acadêmica, sobretudo no campo de uma disciplina que tem, no estranhamento e no relativismo, seu pilar identitário mais firme. Penso que, em função de minhas experiências anteriores, adquiri certa clareza quanto aos limites da interconexão cidadania/reflexão crítica. Assim, acredito que minha dificuldade maior consistia em levar a cabo o projeto antropológico de estranhar esse movimento de forma profunda, tendo que fazer a crítica *de dentro* dos próprios movimentos. Eunice Durhan<sup>80</sup> no contexto de abertura política do país e da descoberta da alteridade nas classes populares, alertava :

De um lado o próprio clima intelectual tem se desenvolvido no sentido de criticar o isolamento acadêmico, proclamando o engajamento político dos cientistas, e enfatizando sua responsabilidade social, de outro os próprios objetos de pesquisa cobram dos investigadores este tipo de atuação e de identificação política. Coloca-se então a questão do retorno dos resultados os antropólogos se empenham em descobrir uma aplicação imediata e direta dos resultados de sua pesquisa, quando não o conseguem, tendem a substituí-lo por uma ação junto à população que a beneficie.<sup>81</sup>

Acredito que as críticas – por certo pertinentes – feitas à antropologia militante dos anos 80, foram consideradas com cautela neste trabalho,<sup>82</sup> sendo os impasses da observação participante de um *movimento social* assumidos conforme problemas epistemológicos: - como construir uma alteridade a partir de um lugar que de saída é idêntico entre

---

<sup>80</sup> DURHAN, op.cit. Movimentos sociais...

<sup>81</sup> Ibid., p. 27

<sup>82</sup> Eunice Durhan e Ruth Cardoso analisam o excesso de empatia com os nativos, que levavam a uma *participação observante* arriscada, e da necessidade, de outro lado, de refletir teórica e metodologicamente sobre as questões epistemológicas envolvidas nas pesquisas antropológicas dentro da tradição da antropologia urbana brasileira em trabalhar com grupos populares, excluídos, desviantes. (DURHAN, Eunice Pesquisa antropológica com populações urbanas – problemas e perspectivas. In: CARDOSO, Ruth Aventuras do Antropólogo em campo ou como escapar das armadilhas do método.op.cit.,nota n.31.

pesquisador e pesquisados, como lidar com os dilemas da subjetividade intrínsecos a esta construção de alteridade e como – se for o caso – manter-se fiel ao sistema de crenças de um movimento, após estranhar seus pressupostos, desconstruir suas categorias de pensamento, após, enfim, desencantá-lo?

Além disto, os maiores dilemas do encontro etnográfico aconteceram não naquelas ocasiões em que este encontro supunha alteridades objetivas, mas, sim, quando ele se dava entre mim e meus amigos, meus iguais. A construção subjetiva da alteridade foi um processo penoso que relutava para incorporar à análise os dois anos de *participação observante* no Grupo Local, lugar em que eu pensava estar fazendo minha participação cidadã, mas que, a cada dia, eu passava a ver com olhos mais reflexivos e acadêmicos, colocando o próprio grupo em perspectiva.

A partir da estada nesse grupo, consegui elencar várias outras pessoas – do local e de todo o Brasil – para estabelecer contatos e fazer entrevistas. O Grupo Local também foi a porta de entrada para uma série de materiais informativos, escritos e orais, sobre lutas e ações de outros lugares do Brasil e do mundo. Por sugestão de alguns membros, mais entusiastas das novas tecnologias da informática, foi criado um grupo de discussão na *Internet*, e com certa frequência, informes os mais diversos eram recebidos e enviados sobretudo questões ligadas à política – passamos pelo processo eleitoral presidencial e havia um consenso no grupo quanto às preferências ideológicas – pacifismo e lutas ambientais das mais variadas.

O fato de ocupar – ainda que a contragosto – uma posição de ativista no Grupo Local, levou-me a pensar que não poderia utilizar os dados que registrava, após as reuniões, em meu diário, e, em função desta genuína participação observante, eu teria que buscar os nativos fora deste grupo de companheiros e amigos. Assim, eu estava vivendo a experiência mais radical do trabalho antropológico: meus descontroles, minhas inquietudes, minha ansiedade, minhas simpatias, meus afetos, não eram, afinal, os penetras da pesquisa, mas, sim, os seus mais esperados convidados, diante dos quais eu deveria colocar em prática os necessários enquadramentos sociológicos e exercitar o desejável estranhamento.

Na verdade, a minha participação no grupo foi sendo logo de início, acompanhada de um contínuo distanciamento/deslocamento, que se dava através do processo de formação acadêmica, de participação em congressos e da escrita do diário, na qual eu tentava

exercitar meu estranhamento e dar vazão às hipóteses que levariam, muito mais tarde, a me sentir quase uma estranha no grupo, uma *outsider*, embora muitas das iniciativas de ações conjuntas fossem ainda minhas.

Ao mesmo tempo em que estava familiarizada com tudo o que o grupo fazia e vivia – os espaços e os formatos das reuniões, as roupas que usavam, o linguajar, enfim, os valores – cada vez mais me sentia desconfortável diante de subentendidos, comentários subliminares, piadas, idéias e valores da maioria do grupo. Achava que não podia explicitar estes desconfortos – até porque não os compreendia, sendo que por vezes coloquei-me em situação de conflito com pessoas do grupo. Foi então que passei a problematizar de forma mais profunda, essa situação, enquanto relação intersubjetiva na qual identidades e representações estavam em jogo.

Eu, que já havia lido, muitas vezes, os clássicos da Antropologia urbana e suas advertências às vicissitudes do ofício do antropólogo urbano, relutava em considerar este espaço como sendo algo privilegiado da pesquisa. Mas, ele foi-se impondo de tal forma que, em um dos seminários de pesquisa da linha de gênero, no curso de doutorado, minhas professoras e colegas argumentavam que eu não podia abrir mão das observações e da participação neste grupo, sob pena de perder o que havia de melhor – e, por isso, o mais visceral – de meu campo. Eu já havia lido que no trabalho com nossos “outros” tão familiares e no processo e estranhamento do familiar é que nos deparamos com as questões emocionais que se impõem com veemência, mas relutava em achar que meu caso era que enquadrava ali:

Na segunda transformação (a de estranhar o familiar) a viagem é como a do xamã: um movimento drástico, onde, paradoxalmente, não se sai do lugar. E, de fato, as viagens xamanísticas são viagens verticais (para dentro ou para cima) muito mais que horizontais, como acontece na viagem clássica dos heróis homéricos(...). como consequência, a segunda transformação conduz igualmente a um encontro com o outro e ao estranhamento.<sup>83</sup>

São bem conhecidas essas reflexões de Da Matta sobre a tendência contemporânea que tem a Antropologia de voltar-se para a nossa própria sociedade, em um movimento semelhante a um *auto-exorcismo* pois o que se deseja é descobrir o exótico no que está

---

<sup>83</sup> DA MATTA, R. *Relativizando: ensaios de antropologia social*. Petrópolis: Vozes, 1982.

petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação. O processo de estranhar este familiar do qual eu era parte importante, estava em seu clímax: era o momento de *auto-exorcismo*, para usar os termos deste autor quando se refere à insinuação – para não dizer escancaramento – dos elementos emotivos e sentimentais no trabalho de campo, que forjam o *anthropological blues e deixam o pesquisador – antes tão familiarizado* com seu mundo realmente à deriva. Esta tão conhecida e oportuna observação de Da Matta sempre fora uma de minhas prediletas, mas nada se equipara à surpresa que é perceber – já no meio a situações de conflito – que este sentimento tomou conta de nós.

Escrever no diário de campo estas situações subjetivas, seguindo as recomendações de minha orientadora,<sup>84</sup> e depois redigir os textos finais, desde comunicações artigos até esta tese, foram recursos importantes no ato de analisar sociologicamente, não só os conflitos com os quais me envolvi, quanto os desconfortos que sentia em perceber as pessoas de carne e osso como sujeitos sociais. Escrever é nomear, é sistematizar,. É o momento em que estamos realmente organizando o pensamento e elaborando o vivido em campo. Daí, tantas vezes ser a parte mais difícil e dolorosa do trabalho.

O contato mais imediato com a alteridade da Antropologia clássica também teve seu lugar nesta pesquisa, ainda que com pesos diferentes: pude acompanhar parteiras leigas de povoados do Vale do Jequitinhonha e sobre esta experiência desenvolvi, no capítulo V, uma reflexão articulada a dados historiográficos e de outras regiões do Brasil. Mas houve ainda, a observação participante feita em dois eventos internacionais, ligados ao parto e ao nascimento: o primeiro na França, em outubro de 2002, no qual, por uma afortunada obra do acaso, vim a conhecer uma importante associação nacional que desenvolve ações pela melhoria da assistência ao parto, identificada com o *Accouchement Sans Doleur – Parto sem Dor* – e não com a categoria *humanização da assistência*. Naquela ocasião, a *Société pour l'avenir de la naissance* comemorava 50 anos do ASD, e reunia um público diversificado, entre médicos, *sages-femmes*, usuários, psicanalistas e historiadores. Chamou-me a atenção a forte presença de cientistas sociais no evento – sobretudo historiadores e historiadoras, bem como o *ethos* humanitário e comunista que

---

<sup>84</sup> Cf. GROSSI, M. *A Dor da Tese*. Trabalho apresentado na XIV RAM, Florianópolis, dez. 2003. A proposta vem de René Loureau, que sugere que se faça um diário de campo em que haja um espaço para os dados mais objetivos e os mais subjetivos, como forma de facilitar a auto-análise do antropólogo e de sua subjetividade.

marcava este evento. O segundo evento aconteceu em 2003, na capital argentina, organizado pela associação de psicanalistas de Buenos Aires, intitulado *Jornadas Interdisciplinarias sobre el Parto y el Nacimiento*. Nessa ocasião, pude conhecer pessoas ligadas à RELACAHUPAN (Rede Latino-americana e Caribenha pela Humanização do Parto e do Nascimento), bem como profissionais ligados a modelos alternativos de assistência, bastante influenciados pela psicanálise e engajados na resistência à ditadura militar dos anos 70 e em movimentos de direitos humanos no país. Naquela oportunidade, falava-se em *método psicoprofilático* (como é conhecido, também, o método de Lamaze ou Parto sem Dor), mas adaptado à realidade nacional. Outros ícones do ideário no Brasil também eram citados nas palestras e debates: Leboyer (já falecido) e Michel Odent, este último tendo estado recentemente na Argentina. O público contava com profissionais da saúde, psicólogos e psicanalistas, fundamentalmente.<sup>85</sup> Nestes dois eventos internacionais, fiz registros no diário de campo, que foram incorporados à análise. Em ambos os eventos, a conexão dos ativistas do *Accouchement sans douleur* e do *método psicoprofilático* com posturas políticas e ideológicas eram muito claras: os franceses da *Société pour l'avenir de la Naissance* eram militantes da Resistência e comunistas, comemorando o aniversário do *Parto sem Dor*, em Châteauroux e os argentinos adeptos da humanização, eram ativistas perseguidos pela ditadura militar dos anos 70. Nesses casos, ficava explícita a forte ligação do tema do parto com questões políticas mais amplas, um aspecto que, à época, apenas se insinuava para mim no trabalho de campo então em andamento.

Essas experiências de campo fizeram-me vivenciar, de distintas maneiras, o mito malinowskiano da viagem aos povos exóticos, e não foi sem grande satisfação que me defrontei com as vicissitudes clássicas deste trabalho em aldeias distantes: comidas estranhas, palavras desconhecidas, belas paisagens, noites mal-dormidas e sensação de solidão e timidez. Além disto, tal vivência permitiu que eu relativizasse, de forma incipiente, o movimento no Brasil através de uma comparação. Foi a partir destes dois deslocamentos do olhar, estabelecidos pela comparação de programações, linguagens, conteúdos e público, entre os eventos no Brasil e estes em outros países, foi que pude perceber a centralidade da dimensão espiritualista e ecologista no Brasil, em contraste com

---

<sup>85</sup> Segundo registrei em campo, uma das lideranças deste movimento na Argentina, o método psicoprofilático foi adequado e traduzido à realidade sul-americana, e os vínculos com a proposta de Lamaze são pequenos, e dado os desdobramento e desenvolvimento teórico que o método teve no país.

a valorização do discurso psicanalítico e humanitário, centrado na noção de resistência política em termos nacionais. Certamente, são apenas inspirações que fazem pensar os dados do Brasil, e que podem render estudos comparativos e auspiciosos para pensar as relações entre vanguardas obstétricas e política, bem como as traduções de teorias e métodos estrangeiros – como o caso do método psicoprofilático – junto às realidades latino-americanas.

Através do Grupo Curumim, ligado à REHUNA e sediado em Recife, foi que cheguei até as parteiras do Jequitinhonha, norte de Minas Gerais, uma das regiões mais pobres do país, onde a maioria dos vilarejos não conhece a assistência ao parto medicalizada que é hegemônica nos centros urbanos. Nessa localidade, foram acompanhados dois cursos de capacitação de parteiras tradicionais, cada um com a duração de cinco dias. O primeiro, em maio de 2002, e o outro, em novembro do mesmo ano. Estes cursos eram feitos em parceria com o Grupo Curumim, responsável pelo comando de todo o processo.

Durante estes encontros, procurei escutar essas narrativas, que foram transcritos e analisados também; tentou-se compará-los com saberes de outras regiões, e também balizá-las com as entrevistas e observações feitas no âmbito do serviço de saúde coletiva, no qual uma boa parte do movimento se concentra.

A observação e as entrevistas, nestes cursos, atendiam aos ditames clássicos da etnografia e do contato com o Outro, notadamente as parteiras. Elas vinham de um mundo pleno de alteridade para mim, eram mulheres pobres, *da roça*; em sua grande maioria negras e *muito religiosas*. Já as ministrantes dos cursos me eram familiares, com exceção de seus costumes regionais que, por vezes, as aproximavam muito mais de suas conterrâneas pobres, em especial a questão da religiosidade, os hábitos alimentares e a forma de falar e interagir.

As viagens a Minas Gerais foram particularmente importantes, no sentido de que lá eu estava diante da clássica aventura antropológica – sozinha, distante, tendo que comer coisas estranhas, entender sotaques bizarros e ainda, em função de minha posição, misto de educadora e leiga – já que não entendia de partos. Diante das parteiras, eu assumi o posto de quem tem ouvidos para escutar os *causos*, pois as educadoras tinham conteúdos a cumprir. Além de registrar em diário o próprio curso e a interação entre monitoras e

parteiras, procurei, nas horas de descanso, escutar as histórias que as mesmas insistiam em relatar durante o curso. Percebi que a narração das histórias de parto era o modo de expressão que merecia uma *escuta* específica: assim, embora meu como objetivo fosse entrevistar as parteiras, não imaginava que encontraria, ali, narrativas de parto que surgiram, espontaneamente, durante os cursos. E creio que são passíveis de análise enquanto relatos, e mesmo *performances*, dado a estrutura dramática que contêm e a riqueza de significados que trazem, envolvendo noções de parentesco, de corpo, de processos saúde-doença e de gênero, entre outras.<sup>86</sup> Em função da riqueza deste material e por fugir aos objetivos propostos neste momento, tais narrativas não serão alvo de uma análise específica e aprofundada neste trabalho, ao contrário de meu desejo inicial, embora algumas das histórias pessoais e partes de narrativas tenham sido recuperadas certos capítulos.

Ao longo dos últimos três anos, doze entrevistas foram feitas com ativistas do movimento, seis homens e seis mulheres,<sup>87</sup> sendo quatro do Grupo Local. Inicialmente, pretendia trabalhar com entrevistas na perspectiva de *história de vida* e em locais supostamente mais adequados para isso, mas como já foi assinalado anteriormente, existia a dificuldade de encontrar horários e, não sem surpresa vi-me correndo atrás destas pessoas dos lugares mais banais até os mais inesperados, em busca de respostas a um avultado conjunto de questões.

Em um determinado momento, cheguei à conclusão de que mais significativas vinham sendo as observações e conversas informais e passei a me satisfazer com entrevistas mais pontuais e informativas, deixando o mergulho etnográfico para as maiores curiosidades e a maior abertura às surpresas. Uma delas foi os depoimentos que considerei como sendo *histórias de conversão ao Parto Humanizado*, que fluíram, ora durante as entrevistas, ora em conversas informais ou reuniões do movimento, é que foram registradas em diário de campo. Grande parte dos resultados das entrevistas foi complementada pela observação participante, à exceção das informações, propriamente, históricas e mais

---

<sup>86</sup> O material sugere uma análise a partir da perspectiva das performances narrativas, pois, além de ser rico em conteúdo culturais, também trazem elementos ligados às experiências pessoais de cada parteira, mostrando as interações com outras culturas e recriando seus sentidos (Cf. LANGDON, E. J. Performances e preocupações pós-modernas em antropologia. Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis, UFSC, n.11. 1995)

<sup>87</sup> A entrevista feita com Robbie Davis Floyd foi publicada na Revista de Estudos Feministas de forma resumida; aqui eu a utilizo na forma original em que foi concedida.

factuais, ligadas à origem e desdobramentos do movimento no Brasil. Um quadro contendo informações acerca dos entrevistados pode ser encontrado no ANEXO 5, ao final do texto.

Também foi feita uma análise de material – audiovisual e literatura – produzido pelo movimento; afinal, trata-se de um movimento e de um grupo de pessoas que utiliza todos os recursos de ponta da mais moderna das tecnologias, mas de forma secundária. O uso de *internet*, o acesso aos endereços eletrônicos, especificamente, ligados à questão (parto natural e amigas do parto), bem como a produção de materiais como CD ROMs, vídeo e, também, os clássicos livros, compõem o conjunto de objetos que, forçosamente, tive que adquirir e manejar ao longo da pesquisa. A preocupação com uma estética do parto e do nascimento, bem como da mulher grávida é constante no movimento. Imagens permeiam todo o material produzido, as palestras proferidas – invariavelmente feitas com apoio do programa de computador *power point* (extremamente comum no campo das ciências da saúde), e que incluíam músicas *new age*, mantras indianos, etc. Certamente, uma análise aprofundada apenas destes materiais, renderia uma pesquisa específica, mas, aqui, eles aparecem de forma secundária, em função de meus próprios limites na área de Antropologia visual e da imagem.

Adquiri vários livros, vídeos e CDs – primeiramente imaginando que seria uma pequena produção acerca do tema, mas, posteriormente, fui obrigada a controlar meu afã de tudo comprar, pois os livros, em geral, eram caros e não paravam de ser publicados, escritos, vendidos. Foram mais de dez livros publicados por nativos do movimento, durante os últimos quatro anos, além dos clássicos da literatura da humanização, alguns CD-ROMs, camisetas, cartazes, adesivos e vídeos, sem falar nas fotocópias dos livros esgotados; somente parei de adquiri-los por razões econômicas. Este material foi analisado como sendo *literatura nativa*, ou seja, produzida pelos (também) ativistas e expressando o campo, as representações do imaginário e do ideário do Movimento, produzido não apenas como expressão das idéias compartilhadas, mas, sobretudo, como produção de imagens, idéias, técnicas e reflexões acerca do tema com objetivo de formar opinião.

Ao longo da pesquisa, tomei contato com a produção acadêmica, feita por pessoas que, também, são ativistas, em diferentes níveis: a dissertação de Kátia Ratto<sup>88</sup> e o estudo de Rosamaria Domingues,<sup>89</sup> sobre a Maternidade Leila Diniz, e a dissertação de Sônia Hotimski<sup>90</sup> sobre a Casa de Partos da Favela Monte Azul, de São Paulo. Estes trabalhos, no entanto, são lidos, aqui, como textos especiais, pelo fato de terem sido escritos por pessoas que são, também, lideranças do movimento pela humanização. Ainda merece registro a dissertação e a tese de Marisa Monticelli sobre parto e alojamento conjunto em Santa Catarina,<sup>91</sup> a dissertação de Marcos Leite dos Santos<sup>92</sup> sobre humanização do parto no Brasil, e os dois trabalhos de Simone Diniz<sup>93</sup> acerca do mesmo tema, e de Lúcia Helena Rodrigues Costa<sup>94</sup> sobre memórias de parteiras que trata, casualmente, das mesmas regiões que acompanhei.

Creio que estas pesquisas podem ser lidas como literatura científica produzida pelo grupo, já que uma das estratégias explicitadas pelos ativistas do movimento é a de lutar pela legitimidade científica de suas propostas. Por outro lado, são também estudos disciplinares, cuja interlocução dá-se com seus pares acadêmicos e não podem ser confundidos com a literatura nativa, de cunho ideológico e destinada ao grande público. Assim, faço as devidas referências ao longo do texto quando se trata de trabalhos produzidos por pesquisadores/as envolvidos/as com o movimento.

Também foram incorporadas sete entrevistas com parteiras de Florianópolis, sendo que, destas, quatro eram *diplomadas*. Esse material é oriundo de pesquisas anteriores, feitas

---

<sup>88</sup> RATTO, Kátia Maria Neto. *Maternidade Leila Diniz(1994-1996)* Nascimento de um novo profissional de saúde? Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública e Saúde da Criança). Instituto Fernandes Figueira/Escola Nacional de Saúde Pública.

<sup>89</sup> DOMINGUES Rosa Maria. Um acompanhante na hora do parto In: *INTERFACES: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas/Rio: Editora da Unicamp, 2002.

<sup>90</sup> HOTIMSKI, Sônia. op.cit., nota n.5.

<sup>91</sup> MONTICELLI, Marisa. *O nascimento como rito de passagem*. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)e também *Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de Alojamento Conjunto*. Florianópolis, 2003, Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>92</sup> SANTOS, Marcos Leite. op.cit.

<sup>93</sup> DINIZ, C.S.G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo.

DINIZ, C.S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento*. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo.

<sup>94</sup> COSTA, Lúcia H.R. *Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar*. Florianópolis, 2002, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

como professora da Universidade do Estado de Santa Catarina, e com auxílio de alunas bolsistas. Estas foram importantes no sentido de permitir comparar dados obtidos em entrevistas com parteiras dos cursos de SC com aquelas do interior de Minas Gerais.

Ao longo do trabalho, organizei uma pequena hemeroteca, contendo artigos de jornais relacionados, fundamentalmente, aos temas da maternidade: denúncias de trocas de bebê no Hospital, partos urgentes feitos em lugares bizarros e sem nenhum médico, falta de leitos em hospitais públicos, comentários sobre o Dia das Mães, concepções de maternidade aí veiculadas, etc. Artigos e notícias da imprensa escrita, bem como programas de televisão, novelas e entrevistas também foram registrados em diário de campo, junto aos demais dados coletados. De forma descontínua e sempre ligada nos comentários feitos pelos informantes, acompanhei novelas, propagandas de televisão, programas eleitorais do ano de 2002 e entrevistas, além de peças de teatro e obras de arte, buscando com isto ampliar a contextualização do parto e do nascimento em nossa sociedade.

Durante o período eleitoral de 2002, houve várias referências à maternidade: mulheres grávidas encerraram o programa do candidato Lula no primeiro turno, tendo, ao fundo, uma canção de Chico Buarque que associava a esperança de um Brasil melhor com um cenário campestre em que cantavam mulheres grávidas, vestidas de branco. Ao reiniciar a propaganda de TV no segundo turno, o candidato José Serra retomou esta referência e recuperou seus feitos enquanto Ministro da Saúde do governo anterior, pautado por várias ações ligadas à saúde da mulher. No teatro, na TV, no cinema, na literatura, lá estavam as referências ao parto, impedindo-me de traçar fronteiras rígidas entre meus espaços de lazer e de trabalho. Amigos, colegas, alunos, professores não cansavam de me avisar que tinham visto um programa, uma matéria, um filme sobre o tema ou onde ele aparecia. A partir de um determinado momento, deixei de acompanhar todas estas pistas porque elas se avolumavam e me davam a terrível sensação de que eu estava a descobrir o óbvio: que o parto é um tema cotidiano, corriqueiro, referido todo dia em tudo que é lugar e por todo tipo de gente. E, o que percebi, ao acompanhar este material, é que as propostas da humanização da assistência faziam parte dos conteúdos mais recorrentes: parteiras, partos em casa, pais que acompanhavam bebês, a mulher que se *empodera* no momento do parto. Na verdade, o impacto do movimento na própria mídia é algo a ser considerado, se pensarmos que o movimento tem um alcance ideológico muito grande, tem encontrado

espaços nos meios de comunicação e esteve sempre presente no mundo da produção cultural.

Neste sentido, chamaram-me atenção a presença da figura da parteira, personagens que vêm recuperando um prestígio no imaginário social, pelo menos entre alguns setores. Nos congressos, palestras, conversas, entrevistas e na própria literatura nativa é comum encontrar referências e deferências a uma parteira ou às parteiras: Dona *Júlia, que foi minha verdadeira mestra*, conta-nos Flavinho sobre como aprendeu a ser *parteiro domiciliar*, dona Mercedes, que fez um parto de forma tão fácil dentro de um hospital, deixou a equipe estarecida, quando se perguntava onde ela havia aprendido o dom de partejar. Karen Recchia, pesquisadora do tema, dedica sua dissertação<sup>95</sup> à avó, que lhe contava as histórias de parto, e Marisa Monticelli fala da parteira que atenderia sua mãe caso ela (a autora) não tivesse nascido antes de chegar às suas mãos, do outro lado do rio.<sup>96</sup> Anjinha, liderança histórica da REHUNA nacional, da linha do mais puro esoterismo, conta a história de sua mãe: *...ela teve onze filhos, todos em casa, nunca foi ao médico, tudo com parteira. Então as histórias da mãe dela também, nunca tinham conhecido um médico, isso lá no Mato Grosso, antes de Campo Grande virar cidade grande. Minha avó era parteira - Helena conta às parteiras do treinamento, arrematando ainda que escolhera obstetrícia por influência desta memória, seguida por outra colega que diz: Eu mesma nasci em casa, eu e todos os meus irmãos.*” Zilda Arns, coordenadora nacional da Pastoral da Criança, da Igreja Católica, em visita realizada ao primeiro encontro de parteiras indígenas de Roraima, em 2003, relaciona seu carinho especial por estas profissionais pelo fato de ter nascido *pelas mãos de uma parteira*. Até mesmo José Serra, Ministro da Saúde em cuja gestão foi alavancado o programa de Humanização da Assistência ao Parto, conta seu caso pessoal no prefácio do Livro da Parteira – *“um brasileiro que como tantos, nasceu com auxílio de uma parteira”*.<sup>97</sup>

Nos congressos em que apresentei resultados de nossas pesquisas com memória de

<sup>95</sup> RECCHIA, K. *Lembranças Íntimas de Minha avó - partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio-SC*. Dissertação de Mestrado em História, Florianópolis, UFSC, 1998.

<sup>96</sup> MONTICELLI, M. *O nascimento como rito de passagem*. São Paulo: Robe, 1997, p. 10.

<sup>97</sup> Assim diz o então Ministro, José Serra: “Muitos brasileiros como eu, por exemplo, *nasceram e continuam nascendo com auxílio de parteiras*. Reconhecemos a importância deste trabalho e sabemos que é necessário ajudá-las a melhorar cada vez mais a qualidade do atendimento dados às mulheres e aos recém – nascido. (Cf. BRASIL *Livro da Parteira*. Ministério da Saúde, Brasília, 2000, p.5.

parteiras, invariavelmente fui procurada – e também as alunas que trabalhavam comigo – ao final por pessoas do público para dar depoimentos emocionados sobre o seu nascimento com uma parteira. Várias vezes obtivemos referências destas profissionais nessas ocasiões. Nos relatos de conversão ao movimento de humanização, é comum encontrarmos avós, mães, tias ou mesmo madrinhas que eram parteiras, bem como depoimentos de pessoas que nasceram pelas mãos de parteiras ou que tiveram irmãos que vieram ao mundo, desta forma. De fato, no Brasil, estas personagens da história social, fazem parte de uma memória muito recente e, mais ainda, de uma realidade concreta, como veremos, em várias regiões do país.

## CAPÍTULO II

### Parto: história e cultura

*Loin d'affirmer que les structures de domination sont ahistoriques, j'essaierais d'établir qu'elles sont le produit d'un travail incessant (donc, historique) de reproduction auquel contribuent des agents singuliers (dont les hommes, avec les armes comme violence physique et la violence symbolique) et les institutions, familles, Église, École, État.*<sup>98</sup>

O propósito deste capítulo é situar o parto como um evento produzido pela e na cultura, portanto, um fenômeno também histórico. Partindo da perspectiva antropológica que vê o parto como um fenômeno humano, desta forma, biológico e simbólico ao mesmo tempo, passo a traçar um panorama do processo de modificação da assistência ao ato de parir, o qual se intensificou entre os séculos XIX e XX, juntamente com as profundas modificações que foram ocorrendo na sociedade, na organização familiar e nas relações e representações de gênero.

#### Parto como evento simbólico

“O homem é um *animal amarrado a teias de significado* que ele mesmo teceu”, diz Geertz,<sup>99</sup> ao postular um conceito de cultura essencialmente semiótico, portanto, uma ciência que trabalha com os significados atribuídos aos fenômenos, buscando *interpretar* o ponto de vista dos nativos. Com essa perspectiva, Geertz faz menção, em seus próprios termos, a um dos pontos consensuais entre a maioria dos antropólogos contemporâneos, muitas vezes não bem compreendida por outros campos profissionais: a noção de que o ser humano é uma espécie animal que produz cultura, e que esta confere distintos significados a fenômenos, aparentemente, universais. Lévi-Strauss, seguindo as linhas mestras da Escola Sociológica Francesa, também chama atenção para a dimensão simbólica da espécie

<sup>98</sup> BOURDIEU, P. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998. p. 95.

<sup>99</sup> GEERTZ, op.cit, nota 12 cap.1. p.15.

humana. Ao reportar-se, por exemplo, ao caso de um parto dificultoso, vivenciado por uma mulher do grupo Cuna, o autor constrói a noção de eficácia simbólica, alertando para o aspecto não-orgânico da cura daquele parto, uma facilitação em que não houve qualquer tipo de intervenção física ou mecânica, nem administração de remédios: a encantação feita pela xamã de um mito cuna, associado ao processo corporal da parturiente, permite que o bebê nasça a termo. “A cura consistira pois em tornar pensável uma situação dada em termos afetivos e aceitáveis para o espírito as dores que o corpo se recusa a tolerar. Que a mitologia do xamã não corresponde a uma realidade objetiva, não têm importância: a doente acredita nela e é membro de uma sociedade que acredita.”<sup>100</sup>

Daí a noção de que a linguagem e a cultura estão, visceralmente, envolvidas com a dimensão biológica simbólica na vida humana, sendo praticamente impossível pensar em um fenômeno corporal, reduzindo-o a uma dimensão, meramente, orgânica.

Nesta perspectiva, entendo que o parto e nascimento são eventos a um só tempo biológico, cultural e individual: mulheres dão à luz de formas diferenciadas, conforme o contexto histórico em que vivem, sua cultura particular e experiências pessoais - incluindo-se as narrativas e lembranças guardadas na memória. Situando-se menos como uma doença – à exceção dos partos em que há graves dificuldades e mais como um fenômeno que envolve corpo e saúde, o parto é vivenciado como um ritual de passagem, que assinala mudanças tanto corporais, quanto familiares e sociais.

Para a biomedicina,<sup>101</sup> no entanto, o parto se restringe à dimensão biológica e, dentro desta, à visão anátomo-patológica que se impôs ao longo dos últimos séculos, particularmente no Ocidente, tornando-se, hoje, sinônimo de modernidade. Não podemos, porém, classificar facilmente parto e nascimento como doenças; antes, são fenômenos ligados à vida, ao corpo e à saúde que, em algumas situações, desdobram-se em adoecimento. O movimento pela humanização, ao postular que parto não é doença, mas um fenômeno da vida humana, vai ao encontro da perspectiva de antropologia da saúde,<sup>102</sup> que

<sup>100</sup> Cf. LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 228.

<sup>101</sup> Utilizo os termos medicina ocidental, biomedicina ou medicina hegemônica e/ou convencional como sinônimos, com vistas de delimitar a diferença com as medicinas doces ou alternativas.

<sup>102</sup> LANGDON, E.J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em primeira mão*. Florianópolis: UFSC, n. 12, 1996.

amplia o campo da antropologia médica ou de doença, ao pensar em termos de processo saúde-doença, que estão interligados.

Marisa Monticelli<sup>103</sup> sugere pensar o nascimento como experiência, ao contrário da noção biomédica que o reduz à dimensão orgânica (*disease*). A autora reporta-se às noções de *illness e sickness*, que enfatizam o aspecto de construção social do processo saúde e doença, para analisar o evento do nascimento de forma mais adequada. Amplio, aqui, proposta para pensar o parto, foco deste trabalho – tendo em vista o lado da mulher que dá a luz, na mesma perspectiva.

A antropóloga Brigitte Jordan<sup>104</sup> propõe uma perspectiva bio-social para analisar o nascimento e o parto, reconhecendo, ao mesmo tempo, sua função biológica universal e a matriz sócio-cultural específica em que a biologia humana está situada: “*First of all, given that childbirth is a universal event, it is obvious that the investigation the biosocial organization of the birth process makes possible the documentation of a range of human physiological and behaviorial variability that is not obtainable via less universal phenomena.*”<sup>105</sup>

Para ela, os sistemas de atenção ao nascimento e ao parto poderiam ser analisados a partir de critérios comuns, tais como o lugar onde ocorre, quem atende, quem acompanha e quais as técnicas e instrumentos utilizados. Estes critérios permitiriam, segundo a autora, comparar e perceber diferenças entre as sociedades, como ela própria faz em seu livro, tomando por base dados de campo coletados na Holanda, na Suécia, nos Estados Unidos e em Yucatán. A partir de observações e entrevistas, chega a comparar estes sistemas entre si, particularmente tendo por foco a assistência ao parto e ao nascimento. Entre os sistemas analisados está o chamado modelo norte-americano, no qual mais de 90% dos partos são feitos em hospitais,<sup>106</sup> dotados de um aparato tecnológico e fármaco-químico de tal envergadura que poderia ser comparado a uma linha de montagem similar a uma fábrica, em que seres humanos seriam produzidos em bases *tayloristas*. Mesmo que nesse estudo B. Jordan privilegie alguns grupos sociais visto que, no México ela trabalhou com parteiras tradicionais e nos Estados Unidos, com mulheres de classes médias, assinala a antropóloga

<sup>103</sup> MONTICELLI, M. op. cit., p.56.

<sup>104</sup> JORDAN, Brigitte. *Birth in four cultures*. Boston: Beacon Books, 1993. p.5.

<sup>105</sup> Ibid.

<sup>106</sup> Ibid. p. 46.

que, sobretudo em países dependentes, o modelo médico tem predominado como sendo sinônimo de modernização e desenvolvimento: “*Developing countries differ considerably in their histories, developmental resources, and development plans. Nevertheless, they face a number of common difficulties as they attempt to ‘upgrade’ their perinatal care systems in the direction of Western biomedical practice.*”<sup>107</sup>

Este é o caso do Brasil, como vimos na introdução: em muitas regiões onde o sistema de saúde não se estabeleceu – e, se isso ocorreu, muitas vezes de modo ineficiente – as práticas antigas permaneceram vivas e atuantes, sendo, em muitos casos, as formas prioritárias de escolha das parturientes. No entanto, há modelos predominantes ou dominantes ou, ainda, hegemônicos: mesmo nos países não desenvolvidos, onde os avanços da biomedicina são mais recentes e mais fragmentados, o parto hospitalar vem se impondo – com apoio dos governos – como o mais seguro, o mais moderno, o mais adequado.

Nesse sentido, há que se compreender o próprio processo de formação deste modelo hegemônico, tão questionado pelo movimento em prol da humanização e por feministas, preocupadas com a crescente dependência das mulheres com o sistema médico.

### **O feminismo e a crítica da medicalização da saúde**

Em décadas passadas, muitas feministas acreditavam que desvincular a maternidade do corpo feminino significaria o acesso a uma situação de igualdade. Postulava-se, também, que, retirando a reprodução humana para fora dos corpos biológicos, a partir da qual se geravam as desigualdades sociais, teria-se como consequência um futuro igualitário entre os gêneros. No entanto, em que pesem os avanços de novas tecnologias e as possibilidades concretas de mudanças nessa esfera, elas seguem dependendo de um corpo feminino para gestar e parir. Mais do que isso, não têm desaparecido as assimetrias, mas surgido novas formas de dependência e desigualdade. Se o corpo masculino é subalternizado pela possibilidade de um *nascimento virgem*,<sup>108</sup> entra em cena um outro corpo investido de grande poder, o corpo médico – a corporação dos médicos das N.T.R – estabelecendo

---

<sup>107</sup> Ibid. p. 200.

<sup>108</sup> Tal possibilidade é considerada inadmissível entre os euro-americanos, segundo a análise de Marilyn Strathern, pelo fato de desprezar a contribuição masculina na construção do parentesco e negar a necessidade de relações entre os sexos para haver parentesco. Cf. STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro:IFCS/UFRJ, 1994.

relações que não deixam de se inscrever no marco das relações de gênero, e de reiterarem representações acerca de feminidade muito próximas das tradicionais.

Os estudos mais recentes sobre o tema têm apontado para esse aspecto, apesar de envolverem elementos técnicos e mesmo éticos outrora impensáveis.<sup>109</sup> Nesses debates, encontramos a presença – sempre polêmica – da medicalização e do poder médico, temas que compõem o quadro de preocupação da antropologia do parto e que têm uma historicidade particular, da qual pouco se fala, já que a biomedicina, em geral, busca apagar da memória coletiva os processos que a engendraram e criam as mudanças que acontecem em seu interior e suas relações com outros sistemas de saúde.

Ainda que de forma, aparentemente, invertida, as polêmicas relacionadas ao parto – maternidade, reprodução, natureza/cultura – são similares às que envolvem a reflexão sobre aborto, esterilidade, inseminação artificial e contracepção. Estas últimas questões têm composto a agenda prioritária de feministas desde os anos 60, ao mesmo tempo em que têm sido o foco de análises de diversos campos disciplinares no âmbito dos estudos de gênero. Não entraremos, neste momento, nesta discussão que requer uma análise comparativa das tradições movimentistas do feminismo em diversos países, marcados por significados diferenciados atribuídos à maternidade, aos filhos e ao controle da população. De toda forma, em qualquer de suas versões, do natalismo às políticas de controle demográfico, certo é que a reprodução e a contracepção não são temas privados, mas, antes, um ponto crucial das políticas nacionais, dos governos e das igrejas.<sup>110</sup> No caso do movimento feminista no Brasil, parece ter havido um relativo rechaço à tematização da maternidade, da gravidez e do parto como conta Beatriz, que atua, simultaneamente, em uma tradicional ONG feminista paulista e na REHUNA: “Quando eu entrei no ‘grupo’, a gente fez uma formação primeiro pra trabalhar com saúde da mulher, mas era uma saúde da mulher que não incluía a gravidez e parto, a gente até brincava dizendo assim: é igual a família conservadora, se a moça engravida a gente bota ela pra fora...” (Beatriz, médica, São Paulo).

---

<sup>109</sup> Cf. GROSSI, M.; TAMANINI, M.; PORTO, R. (Orgs.) *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.

<sup>110</sup> Cf. SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n. 54, ago. 1984. p.199-234, 2001.

Ela aponta para as dificuldades com que o feminismo, pós-anos 60, enxergava as questões ligadas à maternidade, visto ter se constituído em torno da crítica à essa experiência, considerada – e celebrada – pela sociedade como destino e função das mulheres. No entanto, a preocupação com o *maternalismo* havia ocupado a agenda de movimentos de mulheres anteriormente, como aqueles que se desenvolveram no campo da filantropia e da benemerência, no Brasil,<sup>111</sup> em que atuavam mulheres das elites; ou mesmo entre aqueles que acompanharam grupos políticos mais amplos, como o anarquismo e o sufragismo, importantes atores do movimento feminista, na América Latina, no início do século XX.<sup>112</sup>

Por outro lado, se nos debruçamos sobre as diversas lutas sociais, empreendidas no Brasil e na América Latina nas últimas décadas, podemos perceber a presença de assuntos indiretamente conectados à maternidade: lutas por creches, pelo acesso a leitos e pela qualidade no atendimento, pela aposentadoria diferenciada para mulheres e, de forma paradigmática, as lutas protagonizadas pelas *Madres da Plaza de Mayo*, no contexto da ditadura argentina.<sup>113</sup> Além disso, a priorização das questões ligadas à saúde e à sexualidade fizeram deste um campo prioritário do movimento feminista brasileiro, que teve como resultado a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e sugere um estatuto menos tenso para o tema da maternidade no Brasil do que em outros contextos.<sup>114</sup>

Segundo Sônia Correa, a temática do parto e do nascimento foi um dos assuntos extensivamente trabalhados na agenda das discussões e das pesquisas realizadas, nas últimas décadas, no Brasil,<sup>115</sup> aparecendo junto de outros como aborto, amamentação, esterilização, câncer cervical, cesárea, mortalidade materna e anticoncepção.

Com efeito, estudos sobre este tema têm apontado para a permanência no que tange

<sup>111</sup> Cf. MOTT, M.L. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu*, Campinas, Unicamp, n. 16, p.199- 234, 2001.

<sup>112</sup> Cf. NARI, M. Maternidad, política y feminismo. In: LOZANO,F.; PITA, V.; INI, M.G. (Orgs) *Historia de las mujeres en la Argentina*. Buenos Aires: Taurus, Tomo II, 2000. p. 197- 219.

<sup>113</sup> BELLUCCI, Mabel. El movimiento de las madres de Plaza de Mayo. Idem. p.267-284

<sup>114</sup> Segundo algumas pesquisadoras francesas, a maternidade tem sido desprezada ou secundarizada em seu país nas reflexões feministas, o que traria lacunas significativas ao próprio movimento. Cf. KNIBIHELER, Y. *Maternité: affaire privée, affaire publique*. Paris : Bayard, 2001.p.13.

<sup>115</sup> Cf. CORRÊA, S. *Gênero e saúde: um campo em transição*. Percursos, possibilidades, desafios. In: SEMINÁRIO ESTUDOS DE GÊNERO FACE AOS DILEMAS DA SOCIEDADE BRASILEIRA. Itu, 2001. p. 40.

ao lugar conferido à maternidade nas cosmologias ocidentais, lugar ou função que, apesar de mudanças, tem apenas ressignificado relações de assimetria. Assim, se nos anos 70 muitas feministas apostavam na reprodução *in vitro*, como forma de libertação das mulheres de um suposto destino biológico, nos anos 90, os estudos têm apontado para a permanência do valor da maternidade sangüínea: a infertilidade segue pesando como sinal de desvio ou de fracasso sobre os ombros das mulheres, ao passo que a existência de um filho chancela não só heterossexuais, mas também os casais homossexuais: o desejo de maternar e paternar continua sendo um valor importante em uma sociedade que parece temer a desconexão entre sexo e reprodução, além de reiterar o vetor da biologia como fundamento central dessas relações. Como exemplo, veja-se a intensidade dos debates que vêm sendo feitos em torno de novas tecnologias da reprodução, do aborto e da contracepção, debates estes que convocam – sempre gerando polêmicas – teólogos, religiosos, juristas, geneticistas, psicanalistas, antropólogos, filósofos e feministas.<sup>116</sup>

#### **Assistência ao parto: uma história de tensões entre médicos, parteiras e enfermeiras**

Não é possível analisar o tema do parto e as reivindicações atuais por sua humanização sem passar por uma relativização diacrônica, uma percepção da historicidade deste evento complexo que se tornou, ao longo dos últimos séculos, um assunto médico e um evento experienciado na instituição hospitalar, separado da vida familiar e comunitária.

A clínica médica, como sabemos, é uma das instituições centrais da modernidade, intrinsecamente vinculada aos Estados nacionais e ao bio-poder, no sentido foucaultiano. A clínica médica obstétrica, ou seja, a Maternidade tem uma história marcada por várias relações de poder, entre estas, particularmente, as relações de gênero. Essas não apenas compõem o contexto social em que se inscreve a clínica médica, mas também se fazem presentes dentro dela, envolvendo os profissionais que atuam na assistência ao parto e ao nascimento.

A história na qual se insere assistência ao parto, enquadra-se no contexto mais amplo de profundas mudanças nas relações e representações de gênero, que foram se

---

<sup>116</sup> Cf. SALEM, T. Recontextualizando o embrião. *Revista de Estudos Feministas*, IFCS/UFRJ, 1993.

disseminando pela sociedade através desse discurso médico. Se, por um lado, esse discurso se alimentou de representações vigentes na sociedade, de outro lado, foi o principal campo de saber que sublinhou e elevou a patamares, antes inimagináveis, as diferenças entre homens e mulheres, além de colocar a sexualidade como alvo privilegiado de reflexões. Nos discursos que se organizaram em torno do sexo, o corpo da mulher terá um lugar de destaque, sua histerização tornou-se um processo de análise específica, como argumenta Foucault:

Corpo saturado de sexualidade, foi integrado sob efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas, pelo qual foi enfim, posto em comunicação orgânica com o corpo social cuja fecundidade regulada deve assegurar, com o espaço familiar (do qual deve ser o elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral, que dura todo o período da educação): a Mãe. com sua imagem em negativo que é a mulher nervosa, constitui a forma mais visível desta histerização.<sup>117</sup>

A preocupação, com o sexo, e com a sexualidade da população, que se expandiu ao longo dos últimos séculos tornou-se quase uma obsessão: daí a proliferação de discursos sobre o tema, com especial destaque para a sexualidade feminina.<sup>118</sup> A própria história da ginecologia e da obstetrícia é reveladora da preocupação com os *mistérios das mulheres* e os segredos do corpo feminino. Esse corpo, inicialmente visto como um corpo masculino pouco evoluído, passou a ser, aos poucos, pensado como dono de uma especificidade própria. O corpo masculino porém, continuou sendo modelo de referência para o feminino, e, assim, as especificidades do corpo da mulher foram vistas como falta, negatividade, incompletude, descontrole, fonte de desequilíbrios, a partir das quais se constituiu toda a ginecologia e obstetrícia modernas. Diferenças que poderiam ser pensadas como mínimas, entre seres igualmente humanos, foram, para a medicina, alvo de inumeráveis detalhes e exacerbação de diferenças.<sup>119</sup>

<sup>117</sup> FOUCAULT, M. *História da sexualidade I*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.99.

<sup>118</sup> Este é o conhecido argumento de Foucault, em sua crítica à *hipótese repressiva*, ou seja, de que a partir do século XVI o que acontece é antes uma expansão de discursos e disciplinas que tematizam e constituem a sexualidade.

<sup>119</sup> ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

As repercussões desta concepção hegemônica tiveram grande alcance para a ciência moderna em seus diversos campos de saber, como, por exemplo, na própria psicanálise<sup>120</sup> e nas ideologias sexistas que enfatizam as diferenças sexuais e naturalizam as desigualdades, notadamente no campo da maternidade. Centradas, inicialmente, em uma visão bastante pessimista da natureza feminina, a obstetrícia e a ginecologia justificarão toda uma série de inovações científicas – particularmente no campo da cirurgia – que tornaram a mulher um corpo passivo. Os instrumentos e as técnicas obstétricas, criados e usados no campo da medicina da mulher, são reveladores desta visão, ao mesmo tempo em que estão carregados de associações com a sexualidade e a ascendência dos homens sobre as mulheres ou, neste caso, dos médicos sobre suas pacientes. Embora, no século XX, o corpo feminino tenha adquirido um *estatuto* de simetria em relação ao corpo masculino, ele não deixou de ser visto em uma posição de assimetria e englobamento pelo masculino.

A teoria da reprodução ocidental moderna, informada pela medicina e que difere de outras teorias da concepção de povos não-ocidentais,<sup>121</sup> atribui tanto ao homem como à mulher o mesmo *peso* na participação da formação do embrião. A forma euro-americana de pensar a reprodução vê, como igualmente necessários, tanto o sêmen quanto o óvulo para que haja filiação, mas tal concepção não deixa de ver a mulher em uma posição assimétrica, nem descarta a visão pessimista de seu corpo, que se mantém como lugar de mistério e perigo, demandante perpétuo da intervenção da medicina sobre si. Também, no âmbito da vida cotidiana, observa-se a penetração do discurso médico, conferindo grande importância às diferenças biológicas entre homens e mulheres; no entanto, os estudos mostram que as ciências biológicas, também, estiveram permeadas por representações misógenas e preconceituosas.

---

<sup>120</sup> A noção de que os órgãos sexuais femininos são manifestações não-desenvolvidas dos órgãos masculinos, o clitóris tendo sido visto por Freud, afinado com as crenças de seu tempo, como um pênis não-desenvolvido, sendo esta realidade um ponto chave na elaboração da teoria da castração. Esta questão é um dos pontos-chaves da crítica feminista à Freud, mas também um ponto de estudo e reflexão dentro mesmo do campo psicanalítico contemporâneo.

<sup>121</sup> Conforme o clássico estudo de Malinowski a respeito das crenças trobriandesas sobre a concepção, a título de exemplo, as mulheres são fecundadas por espíritos ancestrais, ligados à linhagem materna, tendo a paternidade como social – e não centradas na consangüinidade.

## O longo século XIX

O século XIX foi decisivo na modificação da assistência ao parto, a qual deve ser pensada segundo as modificações mais gerais na esfera da família, do trabalho, dos papéis e das relações entre gêneros, sobretudo, das mentalidades.

Na introdução de um conhecido trabalho, publicado em 1981, intitulado *Cuaderno brujas, enfermeras y comadronas*, com o subtítulo *Reflexiones sobre la historia de las sanadoras experiencia*, as feministas Deirdre English e Barbara Eherenheich expõem seus propósitos no que se refere à tomada de consciência do poder da medicina e suas formas de opressão sobre as mulheres:

*En 1981, seguimos teniendo, lamentablemente, testimonios claros del papel que la medicina juega en la operación de la mujer (...). Al tomar conciencia del problema de esta opresión específica que ejerce en nosotras la medicina como institución, hemos intentado rebelarnos contra ella, pero nuestro ataque no ha conseguido en ningún momento llegar a las raíces de la misma, o sea destruir el poder de la medicina como un poder más de tipo patriarcal, sino que, en muchos casos, pese a nuestra buena intención, lo que hemos hecho y hacemos es, precisamente, fortalecer este poder.<sup>122</sup>*

O objetivo das autoras, francamente político, explica a passionalidade com que relatam a história das *sanadoras* nos Estados Unidos e na Europa, mas, em que pese a veemência deste trabalho, ele faz eco a outras análises realizadas sobre o tema.

Outros autores apontam para processos similares na Europa, como o observado na França, em que *as sages-femmes* permaneceram no campo da assistência, embora deslocadas para outras posições e envolvidas nos conflitos entre os próprios médicos que, enfim, conseguiram assumir o controle da assistência: “*Finalément, em deux siècles, les chirurgiens accoucheurs ont réussi à déposséder les femmes de leur monopole de la naissance. L'accouchement est venu s'inscrire dans la lutte qui oppose les chirurgiens aux médecines.*”<sup>123</sup>

Dessa forma, toda sorte de especialistas de cura, populares e/ou familiares, como

<sup>122</sup> EHENREICH, Bárbara; ENGLISH, Deirdre. *Brujas, Enfermeras y Comadronas*. Historia de las sanadoras. Barcelona: La Sal: Ediciones de las dones, 1984.

<sup>123</sup> CARRICABURU, D. Les sages-femmes face à l'innovation technique. In: AÏACH, P.:FASSIN, D. *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris: Anthropos. [s.d.] p. 285.

benzedoras, curandeiras e parteiras, foram perseguidas, desqualificadas e banidas desta arte, e, com elas, um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus próprios corpos, suas dinâmicas, seus produtos. Esse processo é identificado por Yvonne Knibiheler como uma *desestruturação de redes de saberes femininos*,<sup>124</sup> saberes estes compartilhados pelas mulheres, mas que, também, tinham uma rede de especialistas própria, em que a parteira era uma das principais personagens.

O processo norte-americano de expansão do que alguns autores chamam de *industrialização da medicina* parece ter sido um dos mais violentos: negros, pobres, camponeses, curandeiros, que mantiveram e freqüentaram escolas próprias até o século XIX, foram eliminados, violentamente, do campo da assistência e da cura. O movimento popular de saúde que marcou o século XIX naquele país, prova da heterogeneidade de práticas e de concepções de saúde e cura, não impediu que as investidas da medicina científica vingassem, de forma que, no alvorecer do século XX, a medicina popular, neste país, havia sido praticamente eliminada do cotidiano das populações.<sup>125</sup>

Este processo teria sido tenso e árduo, um verdadeiro campo de batalha, exigindo fortes alianças entre poderes políticos, econômicos e científicos: a literatura a respeito do tema recorre, com freqüência, a termos que remetem a um campo de conflitos e a uma guerra de trincheiras entre médicos e demais profissões, tendo os últimos, no entanto, vias de acesso diretas aos governos e às instâncias de poder, sempre interessados na natalidade – caso da Europa, onde predominam políticas pró-natalistas – e na saúde de suas populações.<sup>126</sup>

Yvonne Knibiebler, tendo em vista o caso europeu, sublinha que a própria concepção do parto, até meados do século XVIII, não se associava ao processo saúde-doença e persistiu, por muito tempo, no imaginário das populações com significados ligados à família, parentesco e religiosidade. Os estudos realizados por várias autoras, tais como Françoise Thébaud, na França; Anyansi Brennes, no Brasil; Alejandra Correa, na

<sup>124</sup> Cf. KNIEBIEHLER, Y. *Corpos e corações*: In: PERROT, M.; FRAISSE, G. (Orgs.) *História das Mulheres no Ocidente*. São Paulo: Cia. das Letras, vol.4, 1995. p.360.

<sup>125</sup> Cf. STARR, P. *The social transformation of american medicine*. Boston: Beacon Books, 1982. Este autor analisa um vasto conjunto de práticas de cura anterior à hegemonia da biomedicina, desde as formas de cura familiares e o trabalho das *midwives*, até formas organizadas de sistemas de cura alternativos, como a medicina botânica e, dentro dela, uma das correntes mais radicais, liderada por Samuel Thomson, no século XIX.

<sup>126</sup> CARRICABARU, D. op. cit., p. 284.

Argentina e Aya Homey no Japão, que assinalam, também, que o domínio da parturição foi um dos últimos e dos mais difíceis de ser conquistado pelo *staff* médico. Eles assinalam, também, na verdade, se o processo de medicalização guarda especificidades nacionais e regionais, como veremos a seguir, certo é que a expansão da biomedicina ocidental é bastante similar nas regiões onde se instalou; e uma dessas similaridades é o fato de ter sido difícil, complexo e lento, e de não ter contato com a pronta adesão das parturientes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias de hospitais. Outra é a visceral relação entre os *avanços* da obstetrícia, as mudanças na assistência ao parto e as relações de gênero envolvidas nesse processo:

*Nuestra investigación al menos nos ha permitido averiguar una cosa: la opresión de las trabajadoras y el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso natural, directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de las sanadoras. Al contrario, es la expresión de una toma de poder activa por parte de los profesionales varones. (Y los hombres no triunfaran gracias a la ciencia: las batallas decisivas se libraron mucho antes de desarrollarse la moderna tecnología científica).<sup>127</sup>*

A medicina intervencionista, predominantemente masculina, mas também branca e de elites, certamente deixou suas marcas em todo o processo e na própria ciência e encontrou resistências no cotidiano, como sugere Emily Martin<sup>128</sup> tendo em vista a sociedade norte-americana, e também críticas mais organizadas que ressurgem no contexto dos anos 60. Tanto nos Estados Unidos como na Inglaterra, movimentos de inspiração contracultural denunciaram as formas violentas que se tornaram rotina nos hospitais, tornando o parto um evento patológico, traumático e ansiogênico para as mulheres, contrariando a dimensão sexual e existencial que nele deveria predominar.

No âmbito das comunidades *hippies*, o parto natural aparece como uma proposta importante nas mudanças comportamentais, momento fundante de um estilo de vida

<sup>127</sup> EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Brujas, Enfermeras y Comadronas – historia de las sanadoras*. Barcelona, La Sal: Ediciones de las dones, 1984, p. 8.

<sup>128</sup> Emily Martin faz uma analogia entre formas de resistência das mulheres nos hospitais e as resistências dos trabalhadores dentro das fábricas, relatando diversas formas de ‘resistência’ ou de não-adesão das mulheres diante dos tratamentos aos quais recebem dentro de um hospital, que vão deste a sabotagem (quebra de aparelhos de monitoramento, por exemplo) até a entrada tardia no serviço ou pequenas fugas durante o tempo de internação. Cf. MARTIN, Emily. *The women in the body*. Boston: Beacon Books, 2001. p.143.

diferente da tecnologia e da sociedade de consumo. Nesse movimento de consumidoras exigentes e mulheres organizadas, foi marcante a presença de grupos feministas, como o *Boston Women Health*,<sup>129</sup> nos EUA, e a influência de autoras feministas, como Sheila Kitzinger<sup>130</sup> e Janet Balaskas,<sup>131</sup> na Inglaterra, ambas com atividades em prol do chamado *parto ativo*. Na França, os movimentos, pós-68, também compõem um importante palco do qual emergem idéias, propostas, experiências e teorias, destacando-se Leboyer, Sheila Kitzinger e Michel Odent, com suas propostas de *nascimento sem violência* e o parto n'água, como veremos no próximo capítulo.

### Nuances do bio-poder

Se o dispositivo do bio-poder, do qual faz parte a sexualidade, tornou-se o mesmo eixo do processo de modernização, ele não se impôs sem resistências. Das pessoais àquelas coletivas, é certo que não foi sem conflitos que tal ordem se estabeleceu como hegemônica. E, conforme Foucault assinala, as resistências marcam, *en passant*, a própria história da hospitalização e da medicalização:

O controle médico inglês, garantido pelos *health officers* suscitou, desde a sua criação, uma série de reações violentas na população, de resistência popular, de pequenas insurreições anti-médicas na segunda metade do século XIX(...)Creio que seria interessante analisar, não somente na Inglaterra, mas em diversos países pobres do mundo, como esta medicina organizada em forma de controle da população pobre suscitou resistências.<sup>132</sup>

Como se vê, eram resistências coletivas, nas suas mais variadas formas – revoltas urbanas, ressignificações da ordem oficial, manobras e pequenas clandestinidades–

<sup>129</sup> As autoras do Coletivo tratam da gravidez e do parto tendo por foco a noção de maternidade como escolha: ‘Queremos pensar si queremos ser madres; eso hace con que nuestros embarazos, sean mejores, porque los elegimos activamente y participamos entusiastamente en ellos . Cf.LA COLECTIVA DE MUJERES. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Boston: The Boston Women’s Health, 1979.

<sup>130</sup> Sheila Kitzinger, antropóloga inglesa vinculada aos movimentos feministas e do parto, escreveu várias obras acerca da sexualidade das mulheres, nas quais o parto entra como um dos pontos importantes na vida das mulheres. A autora apresenta um conjunto de dados etnográficos de diferentes culturas e grupos sociais para mostrar a precariedade do parto ocidental, revelador da violência, patriarcalismo e intervencionismo excessivo. Cf. KITZINGER, S. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editora Martins Fontes, 1978.

<sup>131</sup> Cf. BALASKAS, J. *Parto ativo*. Lisboa: Martins Fontes, 1984.

<sup>132</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p.96.

garantindo a persistência das práticas populares de cura, das quais mesmo as elites mantinham-se freguesas, até daquelas mais invisíveis, que garantiram as inúmeras formas de *bricolagens* terapêuticas entre diversos grupos, os quais a antropologia da saúde tem tratado com atenção. Se é verdade que a proposta medicalizante era um projeto das elites, para as elites, em primeiro lugar, e, sucessivamente, para toda a população, como assinala Foucault, também é fato que entre elas, integradas pela burguesia e pequena-burguesia intelectualizada, as críticas e desconfianças à medicina social que buscava disciplinar os corpos, também partiriam de indivíduos, como parece ter sido o caso da manifestação de Virgínia Wolf, uma declarada vítima, porém, rebelde, da medicina do séc. XIX:

Somente eu posso saber da minha saúde (...)  
 Este é o meu direito, é o direito de todo ser humano  
 Eu escolhi não viver sufocada com esta paz e esta tranqüilidade, mas na loucura da cidade. Esta é minha escolha. Mesmo o paciente mais humilde até mesmo o mais inferior tem o direito de escolher qual sua prescrição médica Isto é o que chamamos de humanidade.<sup>133</sup>

É esse o contexto em que surgem resistências coletivas ao controle médico sobre os corpos, como os grupos de dissidência religiosa na Inglaterra:

O que reaparece são grupos de dissidência religiosa, de diferentes formas, em diversos países, que têm agora por objetivo lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, o direito de estar doente, de curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje.<sup>134</sup>

Vale considerar que, na perspectiva do autor, o processo de medicalização está visceralmente envolvido com o dispositivo da sexualidade, motivo pelo qual toda medicina social, dedicada a disciplinar o comportamento humano, envolvia, intrinsecamente, a saúde e o sexo, através do controle e normatização dos corpos: “Esta medicina social parte da burguesia, é uma medicina primeiramente de elite, que logrou organizar a família em moldes malthusianos, para depois, mais tardiamente, e não sem esbarrar em grandes dificuldades, dirigir-se em estratégias particulares às camadas populares.”<sup>135</sup>

<sup>133</sup> Cf. THE Hours. (As Horas) Direção de Stephen Daldry.EUA. 2003. 1 filme (118 min). son (legen.),color.

<sup>134</sup> FOUCAULT. Op.cit. p.97

<sup>135</sup> FOUCAULT, op.cit., p.114.

Desta forma, ao se falar em resistências às práticas não-medicalizadas ou parcialmente medicalizadas, em geral está se pensando em áreas rurais ou periferias urbanas, marcadas pela manutenção e padrões de vida comunitários e de vizinhança similares às áreas de origem, e ainda pela não-oferta de serviços públicos adequados. O atual reconhecimento, pela OMS, destas práticas populares em áreas longínquas e distantes do Terceiro Mundo, é revelador do quanto o processo de medicalização no Ocidente é, ainda hoje, além de heterogêneo, inconcluso.

No entanto, a medicalização do parto tornou-se um modelo a ser seguido como parte do projeto de modernização, atravessada pela idéia de civilização vigente à época. Embora com ritmos diferenciados, de acordo com a especificidade de cada país, o que se observa é, uma grande sincronicidade nestes processos, já que a medicina ocidental dos últimos séculos é intrinsecamente cosmopolita. Este processo, onde por onde andou, logrou consolidar, o dispositivo do bio-poder foucaultiano, mesmo que gerando resistências e não tendo a capacidade de se impor com igual intensidade.

### **A medicalização do parto**

A substituição do parto domiciliar pelo hospitalar foi um processo que se iniciou na cidade e que seguiu rumo ao campo. Cada vez mais raro em centros grandes e antigos, na maior parte das cidades do interior da Europa, o parto domiciliar prevaleceu até os anos posteriores à Segunda Guerra Mundial.

Na França, por exemplo, o contraste entre campo e cidade, nos anos 30 do século passado, era revelador desta relação: cerca de 68% dos partos era feito nas maternidades, ao passo que, no interior, prevalecia o parto domiciliar, não-medicalizado: “No campo, quase todas as mulheres davam a luz em casa e freqüentemente sem ajuda da Faculdade de Medicina(...). Um quarto dos cantões não possuía parteiras diplomadas e as maternidades rurais eram exceção: havia nove pequenos estabelecimentos construídos no início dos anos 1920, algumas pequenas maternidades privadas e algumas anexas aos hospitais cantonais.”

136

---

<sup>136</sup> THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas conseqüências. In: *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis: UFSC, v.2, n. 10, p. 418, 2002.

A história social é clara quanto ao fato de a medicalização ter avançado sempre nas áreas urbanas: assim, a ausência dos padrões modernos transformava o parto feito por parteiras em um sintoma de atraso, sujeira e rusticidade, como mostra Françoise Thébaud: “Em uma tese de medicina defendida em 1948, um futuro médico pertencente à elite alertava seus colegas sobre a ausência proteção materna e infantil no meio rural, lançando, sobre os *bárbaros do campo*, as casas e os *corpos sujos*, o olhar de desprezo de um importante habitante da cidade.”<sup>137</sup>(grifos meus)

A associação entre parto medicalizado e civilidade tornou-se uma marca comum entre os diversos países ocidentais capitalistas, inclusive, os países do Terceiro Mundo, para os quais modernizar significa compartilhar os modelos e costumes dos países centrais, em diversos âmbitos da vida social. Inovações, costumes e modas, trazidas do exterior, tornaram-se comuns entre elites e pequena burguesia, transformando costumes cotidianos em elementos de distinção. Enfim, urbanização e modernização foram processos decisivos na transferência do tema do parto, do âmbito privado para o espaço público, marcado, cada vez mais, por ideais de civilização e de modernidade.

Somente na metade do século XX, o parto hospitalar tornou-se uma prática da maioria das mulheres urbanas, assinalando não só a profissionalização do campo da assistência, mas também a adesão das mulheres. Neste processo de mudanças, foram deslocados os saberes femininos, leigos e especializados, subalternizando as mulheres que prestavam assistência: parteiras, comadres, matronas, curiosas e parteiras *examinadas*. O rechaço aos círculos e redes de saber e informação entre mulheres, atualmente conhecidas, por parte dos médicos, como *conversas de comadres*<sup>138</sup> que, desde então, passaram a ser consideradas nefastas ao bom andamento da gravidez e do parto, mostra o quanto este processo de subalternização e estigmatização impregnou a formação médica, moderna e racionalista.

No Japão, a medicalização atendeu os preceitos da medicina alemã: de uma assistência ao parto feito por parteiras leigas até o século XIX, passou por um período de transição, investindo no licenciamento de parteiras para, depois, eleger como parteiras

---

<sup>137</sup> Ibid, p 419.

<sup>138</sup> É extremamente comum entre os profissionais ligados à obstetria atribuir às *comadres* – e a suas *conversas* – falsas informações, superstições e lendas que seriam inculcadas nas parturientes quando da gestação.

legítimas aquelas formadas dentro dos cânones da medicina, passando a ser a política de saúde do governo Meiji desde finais do século XIX.<sup>139</sup>

Nos Estados Unidos, nem mesmo a existência de um forte movimento popular de saúde, nos século XIX ,conseguiu deter os avanços da medicina moderna, que contou com apoio de grandes grupos econômicos de governos com eles comprometidos. O resultado na obstetrícia norte-americana foi ter-se constituído como um campo de monopólio, quase absoluto, da obstetrícia oficial, pelo menos até os anos 70, quando ressurgem os movimentos contraculturais, críticos desta hegemonia. Segundo Ehrerreich e English, embora tenha se iniciado um pouco depois que na França e na Inglaterra, o processo nos EUA teria sido muito mais radical e avassalador, no sentido de banir os *sanadores* populares do campo da saúde, entre eles, as parteiras. Esse processo, cujo início estaria no século XVII, implicou na desestruturação das redes de solidariedade e dos saberes domésticos ligados à cura, em geral, atribuição das mulheres,<sup>140</sup> sendo que, no início do século XX, já teria tido sucesso no que se refere à proibição da atuação das parteiras, ao contrário do que ocorreu em vários países europeus, nos quais elas não chegaram a desaparecer.<sup>141</sup>

As conseqüências destas diferenças podem ser vistas em estudos comparativos atuais, feitos sobre os sistemas de atenção de países como Holanda e Suécia, cujas trajetórias na atenção ao parto foram diferenciadas daquelas dos países onde a medicalização e hospitalização se tornaram a regra, como França e EUA.<sup>142</sup>

Foram necessários, pelo menos, dois séculos de lutas e disputas, disciplinamentos e articulações para que, finalmente, a figura do obstetra, já englobando o *métier* do cirurgião, fosse investida de poder e legitimidade por parte dos demais profissionais do parto, das mulheres e das famílias.

Adentrando em um campo ocupado por mulheres e investindo em corpos femininos, de cujas dinâmicas tinha pouco conhecimento, a medicina incorreu em inúmeros equívocos, em muitos casos, contribuindo para a elevação das taxas de mortalidade de mulheres e de

<sup>139</sup> HOMEI, A. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 a 1930. In: *Revista de Estudos Feministas* Florianópolis, UFSC, v. 10.n.2., p. 429-440. 2002.

<sup>140</sup> STARR, P. op. cit., p. 49

<sup>141</sup> EHRENREICH, B.; ENGLISH, D..op.cit.

<sup>142</sup> Refiro-me aqui ao já citado estudo de Brigitte Jordan, bem como o que compara França e Países Baixos: AKRICH,M;PASVEER, B., *op.cit.*

bebês. Somente após a Segunda Guerra Mundial foi que essa mudança se consolidou definitivamente, mas os avanços estiveram menos ligados à obstetrícia do que à medicina como um todo. Estes impulsos disseminaram-se pelos diferentes países, conferindo uma maior legitimidade às maternidades e à hospitalização do parto que finalmente, se impôs, se não como realidade, pelo menos como modelo a ser seguido.

O progresso da medicina pasteuriana fez-se sentir sobre as taxas de mortalidade materno-infantil, que parecem ter pouco a ver com o uso de tecnologias sofisticadas mas, antes, com cuidados básicos no campo da prevenção em saúde. Além disso, cabe registrar que, nos primórdios da hospitalização, as taxas de infecção puerperal aumentaram consideravelmente, sendo, somente mais tarde, observável seu declínio.<sup>143</sup> Segundo argumenta F. Thébaud, devem ser contextualizados os processos mais amplos que modificaram também a mortalidade materno-infantil, abaixando seus índices.<sup>144</sup> Ou seja, são reconhecidos os progressos da medicina pasteuriana no que se refere à diminuição das taxas mortalidade materno-infantil. Como argumenta Yvone Kniehbiler: “Les effets positifs sont idéniables: le recul de la mortalité neo-natale et de la mortalité maternelle s’accélère: l’obstétrique et la gynécologie progresse a pas de géant; les soins aux enfants s’améliorent.”<sup>145</sup>

A autora chama atenção para o contexto europeu, no qual natalistas e eugenistas estão preocupados com o a melhoria da população, concentrando sua atenção na questão da natalidade controlada, da concepção e da contracepção.

Historiadores mostram detalhadamente os debates que envolveram este processo de transição violenta da assistência ao parto tradicional/feminina para a assistência profissionalizada e médica: longos debates e experimentos e propostas relacionadas à embriotomia, à operação cesareana, às questões de higiene e alimentação, às implicações eróticas do *métier*, à sexualidade, às manobras do parto, ao uso de substâncias terapêuticas e às posições mais adequadas.<sup>146</sup> Cada aspecto do parto e da sua assistência foi

<sup>143</sup> Cf. KNIEHBILER, Y. *Histoire des mères et de la maternité en occident*. Paris: PUF, 1986.

<sup>144</sup> THÉBAUD, F. op. cit., p. 420.

<sup>145</sup> Cf. KNIEHBILER, Y. op.cit.

<sup>146</sup> Por exemplo, Maria Lúcia Mott conta dos debates dos quais participava intensamente Mme. Durocher – parteira reconhecida – acerca da embriotomia, da formação mais adequada para as parteiras diplomadas; Alejandra Correa mostra o quanto este debate também esteve presente na Argentina, no mesmo século XIX e início do século XX. Cf. CORREA, A Parir es morir um poco. In: *Historia de las mujeres en Argentina – Siglo XIX*. Buenos Aires: Taurus, 1999.

transformando em assunto médico, e os antigos conselhos médicos foram se tornando, verdadeiras ordens a serem seguidas.

Em que pesem os discursos que domesticam ou privatizam a reprodução e a sexualidade, como argumenta F. Rohden,<sup>147</sup> o que se percebe na intensidade das polêmicas entre os diversos atores e mesmo, o interesse destes diversos atores nos temas do parto e correlatos vêm a reforçar a idéia de que a sexualidade, a reprodução, o corpo e os comportamentos das pessoas são assunto que interessem ao estado, à ciência e às Igrejas.

### **A Medicalização do parto no Brasil**

Fiéis seguidoras dos modelos estrangeiros, as elites brasileiras encontraram muitas dificuldades de desembaraçar-se dos costumes portugueses que se misturavam com a permanência dos costumes ditos selvagens, primeiramente dos indígenas, depois destes e dos escravos, para, posteriormente, englobar as formas de vida das classes populares, fossem elas de origem urbana ou rural. A inoperância dos regulamentos e ineficiência das autoridades coloniais e depois, imperiais, teriam sido fatores que teriam contribuíram para a permanência das práticas populares de cura:

Desprovidas dos recursos da medicina para combater as doenças cotidianas, *as mulheres recorriam a curas informais*, perpetuando assim uma subversão: em vez de os médicos, eram elas que, por meio de fórmulas gestuais e orais ancestrais, resgatavam a saúde. A concepção da doença como fruto de uma ação sobrenatural e a visão mágica do corpo as introduz numa imensa constelação de saberes sobre a utilização de plantas, minerais e animais, com os quais fabricavam remédios que serviam aos cuidados terapêuticos que administravam. Além desses conhecimentos, havia os *saberes vindos da África*, baseados no emprego de talismãs, amuletos e fetiches e as *cerimônias de cura indígenas*, apoiados na intimidade com a flora medicinal brasileira.<sup>148</sup> (grifos meus)

A persistência das práticas informais de cura, ao longo da história do Brasil, bem como o sincretismo entre elementos de varias origens étnicas, além de ocuparem vazios deixados pela medicina oficial com sugere a autora, também podem ser pensadas do ponto

---

<sup>147</sup> ROHDEN, op.cit.

<sup>148</sup> DEL PRIORE, M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997, p.89.

de vista de sua maior legitimidade e eficácia, e uma vez que para grande parte da população, a concepção médica moderna não considerava as dimensões simbólicas envolvidas no processo de saúde e doença.

A situação parece ter se modificado um pouco com a vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1822, teve implicações importantes no que tange ao projeto civilizador da colônia, entre eles, os propósitos de introduzir costumes europeizados no âmbito da família e da saúde. Junto com ela veio também a primeira congregação de freiras austríacas, que vieram ao país em função da Invasão de Napoleão ao seu país. O século XIX foi efetivamente um século de projetos de mudança, empreendidos deliberadamente pelo Estado que se consolidava, ainda que num regime monárquico. Segundo Jurandir Freire Costa,<sup>149</sup> este processo de intensas modificações foi protagonizado pelos higienistas, imbuídos de uma espécie de missão civilizatória. O autor assinala as inúmeras modificações que a ordem familiar passou a conhecer, até tornar uma família em moldes modernos, projeto para o qual não foram poupados esforços normatizadores através das diversas instituições, desde as mais ideológicas até as mais repressivas. Entre eles, cabe anotar a modificação dos papéis de gênero, a crescente valorização dos filhos e os rearranjos no discurso sobre a sexualidade. Um dos pontos importantes relativos ao gênero é a perda de poder que os chefes de família (tendo em vistas as famílias patriarcais, bem entendido) passam a conhecer, em troca de uma maior subordinação de todo o núcleo familiar à medicina, um poder a princípio externo, mas que passará a ditar as normas adequadas para cada um dos seus referidos membros. As noções de maternidade e paternidade, bem como de infância, passam a ser construídas a partir do discurso médico, e certamente há uma perda de poder por parte dos homens, poder este transferido para um campo dominado também por homens: a medicina.<sup>150</sup> Assim, as particularidades de uma sociedade colonial escravocrata, de ascendência portuguesa imprimiu nuances ao processo brasileiro, notadamente na sua vinculação com o racismo, que se articulou com preconceitos de classe. As concepções contemporâneas acerca da maternidade e da paternidade, bem como acerca da família e do evento do parto, não escaparam do peso

---

<sup>149</sup> Cf. COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

<sup>150</sup> Cf. MOTT, M.L. *Mme. Durocher e sua época: Partos, parteiras e parturientes*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo.

desta tradição higienista, que está presente ainda hoje nas instituições médicas, nas representações sociais, na formação médica.

Modificar a forma pela qual as pessoas nasciam e as mulheres davam à luz foi, desde o início das faculdades de Medicina, um projeto significativo. Inicialmente através dos exames para aprovar aquelas práticas consideradas benéficas, mas depois, propor cursos de formação específica, eis aí o projeto civilizador que, com imensas dificuldades se coloca as elites nacionais. Além de civilizar, haveria que ‘embranquecer o ofício, e inseri-lo em outra lógica que não a da reciprocidade e do compadrio, transformando-o numa profissão.

As exigências de escolaridade e de profissionalização em moldes médicos, marcaram a exclusão das *antigas parteiras* do campo da assistência oficial, as quais serão referidas mais adiante neste trabalho. O resultado dessas políticas de profissionalização foi a exclusão das parteiras iletradas e é revelador da imbricação entre as dimensões de gênero, classe e etnia. As diferenças em termos de capital cultural servirão como elemento de distinção entre as parteiras diplomadas e as demais, e as denominações pejorativas como *comadre, entendida e curiosa*, bem como os preconceitos de classe e étnicos serão interiorizados pelos discursos médicos e políticos, aparecendo, também, nos jornais e até mesmo na literatura, como podemos ler, por exemplo, no romance *Memórias de um Sargento de Milícias*<sup>151</sup>

Opinião como a de Osvaldo Rodrigues Cabral, sobre este período em Santa Catarina, expressa a representação que foi criada em torno da parteira não-letrada, a qual acompanhou o processo de medicalização do parto no Brasil:

O comum era *as negras*, tidas como peritas, *escravas preciosas*, que vinham sentar-se à cama entre as pernas das sinhás, *esfregando as mãos sujas nos nascedouros* para aquilatarem os progressos do desprendimento e, muitas vezes, quando a coisa era demorada, pitando.<sup>152</sup> (grifos meus)

Além da clássica associação entre negritude e sujeira, elemento chave do ideário higienista, aparece, em Cabral, referência à paciência das parteiras que esperavam o

---

<sup>151</sup> No capítulo intitulado “A comadre”, o autor descreve a parteira que vem assistir a mulher do personagem principal. Manuel A. de Almeida recorre a expressões indiretas e metafóricas para descrever de uma forma negativa a personagem, que dá o título ao capítulo. No entanto, não deixa de relatar o bom-sucesso do parto e a covardia do marido. Cf. ALMEIDA, M.A. *Memórias de um sargento de milícias*. São Paulo: Ática, 1986.

<sup>152</sup> CABRAL, O .R. *Medicina, médicos e charlatões do passado*. Florianópolis: *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 1974-1977: p. 111.

momento fisiológico do parto, sem intervir ou acelerar o processo. Em um relatório endereçado ao Governador da Província, de Santa Catarina, em 1893, vemos a opinião do Secretário de Negócios de Estado, quando faz referências à forma como as parteiras costumavam partejar:

Na recusa de terem ao seu lado um médico, preferem entregarem-se a essas mulheres, essas *entendidas*, satisfazendo-lhes todos os caprichos, todas as exigências que lhes sugerem a ignorância e a *estupidez*, entre a aplicação dos *inseparáveis e infalíveis bentinhos*, e sua *baforada de nauseabundos cachimbos*. Mal sabe a parturiente o perigo que corre sua vida com a presença dessas *harpías*, cujas *garras imundas, infeccionadas*, lhes vão tocar o corpo!<sup>153</sup> (grifos meus)

Reveladora das noções de impureza e de perigo representados pela parteira para os homens do governo, a fala do secretário aponta para a infalibilidade dos bentinhos e para a preferência das parturientes. Situação não muito diferente parece ter acontecido mais ao Sul da América Latina, na Argentina, onde os higienistas, na mesma época, acusavam as parteiras das mesmas impurezas:

*La mujer pasa horas al borde de un cajón o en una silla sin fono, pujando en pleno periodo diletante, agotando sus fuerzas y su psiquismo a veces se le da una botella para que se sople con fuerzas. Fuertes masajes, presiones sobre el vientre, compresas calientes, fajas, mientras la comadrona tira con sus dedos abriendo los tejidos maltrechos y después en ambientes contaminados, y los lavajes vaginales, el repostos de varios días, la alimentación insuficiente, las recomendaciones para evitar el pasmo, la purga para la subida del leche, al prohibición del baño o lavado durante cuarenta días, hace el resto para que la mujer abomine el parto.*<sup>154</sup> (grifos meus)

A autora ainda esclarece que a política persecutória nunca era absoluta, dado o fato de que apenas meia dúzia de médicos formados atuava, o que vinha a explicar por que, apesar de todas as acusações, o exercício da parturição e do charlatanismo persistia naquele contexto de escassos cirurgiões e médicos, que, em diversas capitais do Brasil, também passavam a ser sinal de *civilidade*.

<sup>153</sup> Tal depoimento foi coletado por J. Brignol: HORN, Eduardo Otto. Secretaria dos Negócios do Estado de Santa Catarina. Relatório apresentado em 20 de junho de 1893. Arquivo S.G.N.E.r s.cx 43-1, p.16-20. Cf: BRIGNOL, J. *A dilatação dos sentidos*. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão (Curso de História). Universidade do Estado de Santa Catarina. p. 69.

<sup>154</sup> CORRÊA, op cit. p.196.

### Medicalizar o ofício: profissionalização das parteiras

Um dos eixos do debate sobre os cursos, na Corte Imperial, nos tempos de Mme. Durocher, era a questão dos pré-requisitos de admissão para uma mulher se candidatar, que variavam desde o conhecimento da escrita e da leitura até falar corretamente o português, francês e ainda outra língua, ter um atestado de boa conduta moral e também o conhecimento empírico, garantido por uma prática prévia.<sup>155</sup>

A estigmatização das parteiras pobres, camponesas e negras fazia parte do processo mais amplo de combate às práticas populares de cura vigentes no país, alvo dos olhares implacáveis e persecutórios dos higienistas e governantes. Todavia, mesmo com o advento da República e a prioridade que foi dada ao disciplinamento das condutas, sobretudo urbanas, as práticas populares persistiam e, não raro, eram procuradas até mesmo por pessoas das elites.

Já no século XX, os inspetores de higiene e autoridades médicas dos centros urbanos foram implacáveis no combate ao, assim chamado, charlatanismo e sua versão feminina, representada, junto às benzedeadas, pela parteira curiosa ou entendida:

Ninguém ignora que aqui, como por todo o Brasil talvez, as senhoras em gestação ou as parturientes, a não ser em casos extraordinários e, estes mesmo nas cidades mais adiantadas, raramente recorrem a médicos para os cuidados que necessitam nessas ocasiões que lhes criam uma situação tão delicada e melindrosa. Habitualmente recorrem às *parteiras entendidas, que geralmente, rudes mulheres sem educação, sem instrução e ignorando por completo as regras mais rudimentares de assepsia, desinfecção e dos cuidados* que devem se dar não só às parturientes e gestantes, como ao recém-nascido, muitas vezes inconscientemente são repensáveis por muitos desastres e complicações.<sup>156</sup> (grifos meus)

Em algumas regiões, no entanto, estas ações não se faziam tão firmes, seja pelo distanciamento dos grandes centros, seja por particularidades ideológicas, como o caso do Rio Grande do Sul, onde a corrente positivista que impregnou os governos de quase um século, tinha uma visão muito particular quanto ao processo civilizatório. O positivismo

---

<sup>155</sup>Esta era a posição defendida por Mme. Durocher, que considerava mais importante o conhecimento empírico e uma vocação do que os demais quesitos estipulados pelos médicos. Cf. MOTT, M.L. op cit.

<sup>156</sup>“Depois de tratar do charlatanismo, para haver correlação de idéias, farei menção da prostituição, pois, em verdade, o charlatanismo nada mais é do que a prostituição da sciencia”, escreve o médico João Ribeiro de Almeida, em seu “Ensaio sobre a salubridade, estatística e pathologia da Ilha de Santa Catarina, em particular de Desterro”. Desterro, Typp. J.J.Lopes, 1984. Apud CARNEIRO, Enciclopédia de Santa Catarina, v.13.

comtiano foi a ideologia governista dominante nesse Estado, ao longo do século XIX e parte do XX, e caracterizou-se por uma postura de condescendência com as crenças religiosas e místicas universo em que se inseriam as práticas de cura.

A medicina era um dos campos que fazia parte dos debates dos positivistas gaúchos, que em vários momentos, discordavam da corporação médica, preocupada em perseguir e desqualificar os ditos charlatães, quando ela própria ainda não se consistia em uma ciência verdadeira, nos moldes racionalistas do positivismo.

Dessa forma o projeto civilizador era pensado a longo prazo, a partir da moralização e instrução das populações, não cabendo ao Estado ingerência sobre o exercício de quaisquer profissões, as quais seriam reguladas pelas decisões da população, e esclarecidas pela ciência. A manutenção deste princípio foi garantida ao longo de todos os governos positivistas do Rio Grande do Sul.<sup>157</sup> Também nesse contexto, corria o processo difamatório e desqualificador, em meio a seus próprios descompassos, sobretudo pelo fato de não ter uma medicina acessível a toda a população e por não ser partilhada por toda a corporação médica.

Foi assim que lentamente e mediante tantas contradições, a medicina foi se legitimando, e as parteiras que acessavam aos cursos, também. Nos centros urbanos como Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo, Buenos Aires, Florianópolis, entre outros, as parteiras, diplomadas ou não, seguiram atuando fora dos hospitais, contando com a escolha e com o apreço da população, e, somente em casos de complicações, eram alvo de criminalização e punição. Na prática, quando resultavam em processos, as acusações acabavam sendo arquivadas, esquecidas ou mesmo ganhas pelas parteiras, particularmente aquelas que tinham o prestígio e o capital cultural suficiente para contestar os acusadores, como é o caso de Mme. Pascal<sup>158</sup> na Argentina, ou de Dona Helene Mierisch,<sup>159</sup> em Porto Alegre, que não só se referiam aos seus valiosos diplomas adquiridos no estrangeiro, como ao prestígio que tinham mesmo entre as elites locais. A formação feita em países estrangeiros, já naquele contexto, conferia maior prestígio e distinção a essas parteiras: seu cosmopolitismo as aproximava das elites urbanas que buscavam interiorizar padrões

---

<sup>157</sup> WEBER, B. *As artes do curar*. Santa Cruz: Ed. UNISC, 1999. p. 43.

<sup>158</sup> CORREA, A *op.cit.*

<sup>159</sup> OLIVEIRA, A. P. *Sobre os saberes femininos: parteiras e médicos*. In: . XX SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2000, Florianópolis(mimeo)

européus e afastar-se dos costumes provincianos, bem como as diferenciava das matronas ou parteiras rurais.

Se o exercício de práticas ilegais de medicina nunca chegou a ser alvo de punições concretas e massivas, os constrangimentos, ameaças e estigmatização cresciam ao mesmo tempo em que se celebravam as formas tidas como civilizadas de atender aos partos, como, por exemplo, a inauguração das Maternidades e o aumento de mulheres que, movidas por ideais de civilidade, acorrem a este espaço para dar à luz:

Sobre o assunto o Dr. Plácido Gomes, delegado de Hygiene de Joinville, nos dirigio uma carta aventando a ideia de exigir das pessoas que *quiserem exercer a profissao de parteiras, de fazerem uma aprendizagem em qualquer hospital e se submeterem depois a um exame em que demonstrem conhecer ao menos as regras gerais de assepcia e anti-sepsia*, além dos cuidados especiaes a serem dados a parturiente e ao recém-nascido. Julgamos a idea boa e pesamos pol-a em pratica, a exemplo do que já se faz em relação aos praticos de pharmacia. Contamos para isto com a boa vontade da classe medica que trabalha nos hospitaes. Cremos que todos os clinicos que servem nos hospitaes não recusarão ministrar aos aprendizes de obstetricia, os *ensinamentos geraes que os tornem aptos ao exercicio de sua profissao e a os transformarem em auxiliares realmente úteis dos medicos quanto as gestantes, parturientes e recém- nascidos.*<sup>160</sup> (grifos meus)

Idéia similar era partilhada por um conterrâneo catarinense, Dr. Carlos Correa. Quando no gozo de seu importante cargo de Inspetor de Hygiene, o médico que veio a emprestar seu nome para a Maternidadediz assim ao Governador, em 1919: “Faz-se mister a regulamentação dessa profissão e se crear cursos(...)e assim *evitar a proliferação dessas curiosas*, tão culpadas da morte daquellas que tem a infelicidade de lhes bater a porta.”<sup>161</sup> (grifos meus)

Em que pesem as controvérsias acerca de sua proposta, certo é que Carlos Correa entrou para a história local como o médico que, finalmente , depois de quase um século de tentativas, criou um curso para parteiras em SC, aos moldes da capital federal, e sua proposta de medicalização das parteiras é vista com bons olhos por vários médicos da

<sup>160</sup> Relatório do Inspetor Dr. Ferreira Lima ao dr. Jose Boiteux, secretário do Interior e Justiça no ano de 1919. Cf. BRIGNOL, J. op.cit.

<sup>161</sup> Relatório apresentado ao Governador. Ibid. p. 69.

REHUNA local, hoje, considerado um defensor da categoria diante das maledicências da sociedade local:

Esse cara fez certo, esse Carlos Correia, um homem inteligente, gostaria de ter conhecido ele, sinto muito que não conheci. O quê que ele fez, chamou as parteiras toda e treinou! Lógico! Os outros iam pro jornal e metiam o pau: “o maior perigo e tal”. Não tem como tu remover a conduta assim, a coisa culturalmente estabelecida . (Flavinho, médico, Florianópolis)

O primeiro curso oferecido pela Maternidade, que veio a ter o nome de seu idealizador, ocorreu em 1936, e exigia requisitos similares aos que Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, um século antes. A candidata devia se submeter a uma prova escrita e oral de português, leitura, ditado e aritmética, ter o consentimento dos pais, marido ou tutores, pagar uma taxa de 30\$000, apresentar documento de honorabilidade e outros, a critério da banca.<sup>162</sup> Muito mais tarde, em torno de 1960, a Maternidade Carmela Dutra, exigiria, também, familiaridade com o letramento, motivo pelo qual muitas parteiras abandonaram o projeto profissional, apesar de seu reconhecido talento.

Na pesquisa que realizamos na Ilha de Santa Catarina, sobre os cursos para parteiras oferecidos pelas maternidades, encontramos algumas delas que viveram esse processo de exclusão, como dona Flor, que nos contou várias vezes o seu drama: “ *se eu soubesse pelo menos ler a injeção, eu tinha ficado!*”

Dentre as que tinham condição de fazer os cursos, encontramos dona Mariquinha, que era alfabetizada e de uma família prestigiosa na comunidade,<sup>163</sup> deixando para trás Dona Isaura outra parteira da localidade, reconhecida na região como exímia no partejar, apesar de sua cegueira. Ela não atendia aos quesitos mínimos para entrar no curso saber ler e escrever, além de não dispor dos trinta mil réis exigidos pelo curso. Sua condição de classe (era pobre) e étnica (era negra), tal qual dona Flor, igualmente pobre, porém branca, traduzida na falta de capital cultural e econômico, foi decisiva para impedir que acessassem ao curso e à profissão de parteira.

Enquanto, em relação às parteiras diplomadas, o preconceito e a misoginia se

<sup>162</sup> Cf. GALLO, F. *Mães em novas mãos: o processo de medicalização do parto em Florianópolis e o declínio de saberes tradicionais*. Florianópolis, 1999. Relatório de Pesquisa – Universidade do Estado de Santa Catarina. p.12.(mimeo).

<sup>163</sup> Na Ilha de Santa Catarina, as candidatas a fazer o curso se apresentavam na Maternidade para fazer o curso eram trazidas por cabos eleitorais, segundo nos contam várias parteiras

faziam sentir de modo suave, tendo em vista que, em alguns casos, elas estabeleceram alianças com os médicos, as acusações passaram a se dirigir com maior rigor sobre as parteiras ditas *curiosas* que eram alvo de pesadas incriminações, inclusive por parte das colegas diplomadas. Sobre elas, os constrangimentos foram maiores, certamente em vista de sua fragilidade, as parteiras *pobres* foram deixando o ofício. Assim, são os relatos que obtivemos tanto em Minas Gerais, quanto os que escutamos de parteiras da Ilha. Muitas delas manifestaram o *medo da punição*, que contraria o forte sentido de missão que envolvia o dom de partejar, entendido como concessão divina: “Eu fui parando, que meu marido vivia me assustando, que inda iam me prender se eu continuasse... só se fosse emergência, aí eu fazia” (Dona Bela, 85 anos, Florianópolis).

As práticas de intimidação e os ares de constrangimento parecem ter obtido sucesso, como revela Dona Neusa, que lamenta ter abandonado a profissão: “Ah, não deu mais pra mim, que todo mundo dizia: olha, vão te levar pra cadeia! A gente tinha medo que fosse de verdade!” (Dona Neusa, parteira não-diplomada, Florianópolis).

Estudando as relações de poder (e de gênero) que envolveram os poucos casos de criminalização formal de parteiras em Santa Catarina, em meados do século XX, Flávia Motta analisa dois processos do arquivo de Justiça, impetrados por homens que atendiam partos: um farmacêutico e um médico, ambos do interior do Estado. Naquele contexto, parteiras, benzedeiras e curandeiras eram acusadas de prática ilegal de medicina, sendo que, segundo a autora, a *impunidade sorriu com mais frequência aos médicos*, apesar de seu envolvimento em mortes de parturientes e gestantes. As fontes apontam para a ausência de qualquer tipo de denúncia, acusação ou processo relativo a estes. Embora as incriminações sobre parteiras poucas vezes tenham resultado em condenações mais graves, a publicidade conferida aos casos teria cumprido um papel importante na geração de desconfianças na população.<sup>164</sup>

Medo de punição é também um sentimento conhecido pela maioria das parteiras do Vale do Jequitinhonha, e, hoje, traduzem sua prática apenas como “acudir ou socorrer uma mulher”, sendo veladamente conhecidas como parteiras de ofício. Pelo menos foi o que

---

<sup>164</sup> MOTTA, Flávia. *Sonoro Silêncio: por uma História Social do Aborto*. Florianópolis/São Paulo, 1997. Relatório de Pesquisa – Fundação Carlos Chagas, p.34..

aconteceu em uma das capacitações feitas em Minas Gerais:<sup>165</sup> Helena relata que ficou impressionada com a explicitação do medo das indígenas da Aldeia Xacriabá, margens do Rio São Francisco, diante do cadastramento que fizeram durante o curso: “A gente tava achando aquele curso meio quieto, diferente dos outros, sabe. Pois não é que no final, na hora de fazer o cadastro, pegar a identidade, endereço, aqueles dado todos, sabe, uma delas acabou perguntando se elas iam ser presas! Tu imagina a nossa cara, achando que estávamos fazendo uma coisa legal, e elas com toda uma carga de perseguição... Foi muito triste!” (Helena, médica, Minas Gerais)

Provavelmente, o fato de se tratar de um grupo indígena agravou o sentimento de medo, o que mostra bem a permanência da estigmatização sobre parteiras e sua articulação com a dimensão de classe, de gênero e étnica, mantendo os ares de constrangimento sobre aquelas que praticam o ofício.

### **Uma frágil aliança: parteiras diplomadas e médicos**

Entre as parteiras que fizeram algum tipo de curso, encontramos vários relatos que falam da relação amistosa que estabeleceram com os médicos em muitas maternidades: “Eu nunca fui desabonada, até hoje o povo me respeita muito. No hospital, o relacionamento com os médicos era no lado profissional, eles respeitavam tudo o que a gente fazia, aceitavam tudo (...) Imagina, trinta e dois anos e oito meses trabalhando no SESP dia e noite.”<sup>166</sup>

Sabemos que, em outros países, existiram também casos de colaboração estreita entre médicos e *midwives/sage-femmes*, particularmente na fase da transição do parto *antigo* ao medicalizado e moderno. Segundo Scarlet Beauvolet-Boutuyrie, na *Maternidade de Port Royal*, umas das mais antigas de Paris, as parteiras-chefe exerceram um notável poder ao longo de todo o século XIX, tendo sido não só as professoras da Escola de Parteiras como também as administradoras do serviço de atenção ao parto, o mesmo em que os médicos intentavam aumentar seu poder e prestígio a duras penas e notáveis conflitos.

---

<sup>165</sup> Durante o ano de 2002 foram feitos vários cursos em Minas Gerais, sendo que eu tive a oportunidade de acompanhar a primeira e a derradeira capacitação daquele ano. Ao longo deste intenso ano, o grupo de Minas Gerais consolidou-se como uma equipe, e dispensou a presença da ONG Curumim, como é o objetivo do próprio programa.

<sup>166</sup> Cf. COSTA, L. H.op. cit.

Somente ao final do século XIX, e com a intervenção de medidas políticas e técnicas, as parteiras diplomadas passaram a ter um papel secundário na maternidade: a *Lei de 19 ventôse* de 1803, na França napoleônica, que regulava o uso de instrumentos cirúrgicos entre médicos e parteiras, responsabilizando as últimas quando, eventualmente, transcendessem suas atribuições.<sup>167</sup> A intensificação de intervencionismo cirúrgico foi um dos instrumentos que marcou a transferência dos poderes das *sages-femmes* para os médicos. A patologização do parto seguida da cirurgificação foram as formas históricas pelas quais os médicos conquistaram este lugar de comando.

Mesmo assim, este espaço de poder e reconhecimento, bem como as vantagens que passaram a desfrutar diante das parteiras não-diplomadas, não deixam de revelar um lugar subalterno: vários relatos apontam para uma divisão apenas teórica, do trabalho hospitalar hegemônica pelos médicos homens, pois, na prática, muitas vezes isso não acontecia, em função de fatores como maior tempo e maior facilidade de comunicação entre *sage-femmes* e parturiente, e mesmo, o conhecimento técnico que fora adquirido por anos de experiência, que não foram perdidos com o processo de subalternização.<sup>168</sup>

Foi assim que um complexo jogo de relações envolveu este período de transição, marcado por tensões, quando competição e colaboração estiveram lado a lado. Os conflitos existiam, mas envolviam, neste período, profissionais que, apesar das diferenças muitas vezes de classe, ainda não estavam tão distanciados como ficariam quando a medicina tornou-se, definitivamente, hegemônica, culminando com a consagração do poder médico dentro da maternidade e destituindo os poderes das mulheres.

Na verdade, não bastou o diploma para que as parteiras se livrassem das desconfianças e desqualificações, ainda que menores do que aquelas que atingiam as colegas que ficaram do lado de fora do hospital, por não terem qualificação. Até mesmo médicos, que reconheciam sua capacidade de partejar, não deixavam de diante de seus pares sublinhar a suposta *inferioridade cultural* das parteiras. É assim que Dr. Júlio a

---

<sup>167</sup> BEAUVOLET-BOUTUYRIE, S. As parteiras-chefes de Port Royal. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis: UFSC, v.2, n.10, p.408, 2002.

<sup>168</sup> A profissão de parteira parece ter isso uma das carreiras femininas de grande prestígio, tal qual as de professoras e médicas, ainda que inseridas num contexto muitas vezes desfavorável. A existência de associações de parteiras, por exemplo, na França, data de 1930, e parece haver sido um dos espaços nos quais foi preservado um certo *esprit de corps* e um conjunto de saberes ligados ao parto.

quem chegamos através da indicação de médicos da REHUNA local, por ser um aliado das parteiras refere-se a elas:

O próprio Departamento[de Saúde] exigia que elas tivessem algum conhecimento pelo menos de higiene, então elas faziam um *estagiozinho*, assistiam aula, a gente ensinava a cortar as unhas, a passar uma escova, o departamento fornecia um par de luvas, elas se intitulavam *partera depromada* pelo Departamento (Dr. Júlio, entrevista concedida em 1999) (grifos meus)

A fala desse médico mostra também a forma superficial com que eram concebidos os ensinamentos ministrados às parteiras, ficando claro que o objetivo era muito mais a interiorização das normas de higiene e a adesão ao *habitus* médico. Tudo leva a crer que mais do que o conteúdo propriamente dito, as aulas constituíam o espaço do aprendizado deste *habitus*. Nele no qual se cultivava, crescentemente, o apreço à medicina, configura como um saber esotérico e a decorrente supremacia dos detentores destes saberes especializados, que iam se concentrando no campo da cirurgia, a qual veio a ter um papel decisivo nas mudanças da obstetrícia no século XX.

Se às parteiras eram dados cursos rápidos, de eficácia duvidosa, por que então permaneciam atuando nas maternidades? Por que, apesar de sua ignorância, os médicos mantinham esta relação ambígua, de desprezo e reconhecimento?

Talvez porque o que se passava no cenário do hospital, *locus* de aprendizagem dos médicos, fosse mesmo o revés: os médicos é que aprendiam com as parteiras os saberes de que não dispunham. Não os conhecimentos teóricos, nem os padrões de higiene e signos de civilidade, expressos em conhecimentos eruditos ou condutas ritualizadas, mas, sim, os saberes práticos, os segredos do corpo feminino, as famosas manobras *salvadoras* que até hoje são reconhecidas, por exemplo, pela OMS. É o que argumentam historiadoras como Maria Lucia Mott e Annyansi Brennes:<sup>169</sup> era sempre junto a elas que os estudantes de medicina vinham adquirir a tão necessária experiência, a parte empírica do seu prestigioso, porém, limitado saber.

Rejane Jardim<sup>170</sup> refere-se a este processo como uma *captura de saberes*, dada a distância que os homens e a medicina mantinham diante dos conhecimentos e dinâmicas

<sup>169</sup> MOTT, M.L. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro: IFCS, v. 7, n.1. p.25-36, 1999.  
e também BRENNES, A op cit.

<sup>170</sup> JARDIM, R.B. Do parto empírico ao parto científico. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 20., 1998, Florianópolis, ANPUH.(mimeo)

femininas, o domínio do saber e do poder parteiras. O declarado reconhecimento de alguns médicos para com os *conhecimentos práticos* dessas mulheres não era raro e sugere que pelo menos, alguns tinham consciência disso. Essa é a opinião de algumas parteiras diplomadas, como d. Zilda, que fez o curso nos anos 60, em Florianópolis:

Eu olho estes hospitais, aqueles residentes, eu é que sei, faziam, cada loucura, eles iam lá nas férias e passavam conosco lá, e não entendiam o que nós dizíamos, queriam saber mais que nós, mas não era isso, não é para me vangloriar, mas eles sabiam mais porque estavam fazendo medicina, mas a prática, nós é que tínhamos, eles não, eles ficavam a noite inteira nos olhando, aprendendo com nós mesmo. Os pontos eles aprenderam conosco, o médico que chegava não sabia nada, nada(...)e depois, virou o diretor da casa, e olha que com uma fama! Depois veio um outro, dizendo que parteira nenhuma botava mão em cliente dele, e até o diretor falou com ele e disse: não brinca com elas, porque elas te colocam no bolso!!<sup>171</sup> (Dona Isabel, parteira diplomada, Florianópolis)

Isso lembra processos similares, ocorridos na França: na mesma maternidade citada antes, os próprios médicos da instituição, em determinado momento, apropriaram-se das lições aprendidas com as parteiras, que ensinavam as aprendizes a adotarem menos agressividade e menos intervencionismo que os colegas médicos: “Sobretudo, nenhum apego (...) contem com a natureza mais do que vocês. *Mais do que operar, rezem um terço. Continuidade, lentidão, atenção, apalpação* mesmo, eis as recomendações a serem sempre seguidas *antes de fazer uso da força.*”<sup>172</sup> (grifos meus)

Tais recomendações não estão muito distantes das de hoje, no campo da assistência, reveladoras das relações de gênero (portanto, de poder) entre ambos envolvendo, ainda, a questão da formação médica. Essa questão atravessa a história da assistência ao parto, estando a polêmica situada na tensão entre prática e teoria, conhecimento empírico *versus* conhecimento teórico. Mais do que extração de saberes, no entanto, parece ter havido uma espécie de relação de trocas mútuas entre médicos e parteiras diplomadas: a elas, cabia aprender as lições teóricas da anatomia às noções de higiene, o que lhes conferia a legitimidade cada vez mais necessária em uma sociedade urbana moderna; aos médicos, reservava-se o direito de aprender as dinâmicas femininas e seus segredos. Além disso, as parteiras que buscavam os diplomas visavam profissionalizar-se e ascender socialmente,

<sup>171</sup> In: TORNQUIST, C.S. A Mão e a Luva. In: MORGA, Antônio. (Org.) *História das Mulheres de Santa Catarina*, Florianópolis, Argos/ Letras Contemporâneas, 2001.

<sup>172</sup> Cf. BEAUVOLET-BOUTUYRIE, S. op.cit.p. 409.

como sugerem depoimentos que coletamos em campo e a literatura, apontando para uma das poucas carreiras femininas de prestígio do século XIX.

As tentativas de trazer as parturientes ao hospital eram verdadeiros trabalhos de Hércules durante os séculos XVIII e XIX. Tão longo e tenso processo só se consolidou em meados do século XX e, neste ponto, não há diferenças significativas entre países desenvolvidos e dependentes. Na Europa, nos Estados Unidos e mesmo na América Latina, os hospitais eram destinados àqueles que estavam à beira da morte. A adesão da mulher que ia ao hospital dar à luz era difícil, porque mesclava a conhecida desconfiança da população acerca da medicina científica e do próprio hospital, visto como um lugar para se morrer e não para nascer. Parece ter havido, assim, uma simultaneidade entre a entrada das mulheres na Maternidade: de um lado, as que passaram a assistir os partos hospitalares; de outro, as parturientes que, tendo maior confiança nessas parteiras, passaram a ver o hospital com maior simpatia, sentimento que, certamente, relacionou-se ao fato de haver mulheres atendendo partos dentro do hospital.

A entrada das parteiras no hospital foi uma peça chave na migração dos partos feitos em domicílio para a maternidade, adesão esta que nunca chegou a ser completa, e, mesmo quando não havia outra opção ainda assim não deixou de ser vista como um *mal necessário*, alvo das mais diversas estratégias de resistência. Essas reações ocorriam também entre médicos e freiras, no caso dos hospitais filantrópicos e/ ou benemerentes, em que a gestão de hospitais, Maternidades e serviços de saúde era desempenhada pelas religiosas que detinham um poder considerável sobre o próprio corpo médico. Os relatos de parteiras e parturientes de áreas rurais e grupos populares sobre os maus tratos recebidos no hospital, explicando os motivos pelos quais muitas parturientes, mesmo diante dos apelos das parteiras de *boa vontade cultural*, ou seja, aquelas que aderem em parte, ao discurso em prol da hospitalização, preferem os cuidados das parteiras, e relutam em sair de casa.

A divisão do trabalho na maternidade precisou de décadas para se estabelecer claramente, delimitando territórios e estabelecendo competências diversas. A entrada e rotinização das intervenções cirúrgicas parece ser a chave desta reconfiguração dos espaços de poder no âmbito das maternidades e passou a se relacionar, cada vez mais, a lógicas gerais da divisão do trabalho hospitalar: aos médicos homens, couberam as intervenções

cirúrgicas, os partos difíceis e a intervenção pontual; às mulheres, sejam parteiras ou enfermeiras, os partos fáceis, os *partinhos*,<sup>173</sup> e o acompanhamento do trabalho de parto.

Na verdade esta divisão do trabalho está fortemente marcada pelas modernas representações de gênero, que atribuem a homens e a mulheres diferentes aptidões: a vocação feminina das parteiras para a espera, para a escuta, para a tolerância, e a aptidão dos médicos homens para os partos mais difíceis e a para a intervenção cirúrgica, monopolizada por eles. Esta divisão sexual do trabalho é apontada por um dos *rehunidos* que entrevistei, expressando uma idéia que circula no movimento, inclusive entre as enfermeiras:

A enfermagem tem duas características que eu acho que se diferencia do resto, é uma profissão que está muito ligada à mulher, e elas cumprem um horário grande dentro do hospital, elas cumprem horário. Fazendo um contraponto com a medicina que é uma profissão masculina e o médico passa pelo hospital, o médico tem vários empregos no geral e ele vem, presta o serviço e sai. O médico é intervencionista. O médico intervém, e a enfermeira cuida (...) Eu acho que por ficar dentro do hospital, por ser mulher e por o treinamento delas ser mais ligado ao cuidado (Antônio, médico, Florianópolis)

As relações de poder dentro do hospital se complexificaram, ainda mais, quando foram criados, nos anos 60, cursos de Enfermagem. Em função de suas características—cursos superiores ao lado da Medicina – ocuparão um lugar mais próximo aos médicos, porém, assimétrico, ao mesmo tempo em que serão subalternizadas as parteiras diplomadas. Tal proximidade ao *status* médico foi conquistada a partir de um diploma de maior valor e em cursos de maior duração, o que gerou conflitos corporativos e geracionais dentro daquelas maternidades, que ainda contavam com o trabalho das parteiras diplomadas. Tratava-se, então, de se instalar em um lugar já ocupado pelas diplomadas, dentro do hospital, enquanto que estas, por sua vez, também haviam se sobreposto às parteiras curiosas, sem qualificação e atuantes fora do hospital.

As tensões entre parteiras, parteiras diplomadas, enfermeiras e enfermeiras obstétricas são demasiado complexas e têm sido alvo de outros estudos, mas não poderei discuti-las aqui. De toda forma, creio que se inscrevem neste longo processo da história da

---

<sup>173</sup> *Partinho* é o termo comumente utilizado hoje em dia nas maternidades, como o HU, para referir-se a um parto simples, fácil.

assistência ao parto, e não fogem à sua dinâmica de tensões, disputas e conflitos entre profissões femininas,<sup>174</sup> visto que, na medida em que concorrem com os médicos, inserem-se num contexto ainda mais amplo de lutas entre classes e gêneros.

Como sugerem alguns estudos, até os anos 50 e 60, um grande número de partos era feito em domicílio: tal situação começa a muda, drasticamente, na medida em que o país se moderniza, se urbaniza. Assim, a hospitalização do parto, embora predominante hoje no país, é um processo tão inconcluso e heterogêneo quanto a própria modernização como um todo. Como vimos, no início deste capítulo, até mesmo em países europeus, como a França, berço da medicina social e da obstetrícia moderna, tal processo só se consolidou em meados do século passado, não sendo diferente nem tardio em países sul-americanos.

A forte presença do Estado, como controlador das escolas do sistema de saúde, incluindo o sistema de formação de profissionais, consolidou-se, abrindo os caminhos para a entrada massiva da lógica de mercado no campo da saúde neste país, considerado por estudiosas da assistência ao parto como o *modelo tecnocrático* por excelência. Nos países europeus, onde o processo não foi tão avassalador, *midwives e sage-femmes* persistiram como uma profissão, porém, medicalizada: ainda que sejam observáveis diferenças significativas entre países, as *midwives* passaram a ser profissionais de um campo de trabalho que se ampliava à medida que os espaços de parturição tradicionais iam desaparecendo. As conseqüências deste processo histórico, com variações nacionais, têm efeitos até hoje, como mostra o estudo de Akrich e Pasveer,<sup>175</sup> comparando os sistemas de atenção ao parto francês e holandês; e o de Jordan,<sup>176</sup> que compara EUA à Suécia e Holanda e à região de Yucatán.

Vale ressaltar que, nestes países, os cursos de formação longa para parteiras foram a pedra de toque na transição do parto domiciliar para o hospitalar, muitas vezes, tendo na Casa de Parto um espaço específico da transição, e, em outras, tendo as parteiras diplomadas atuando dentro das Maternidades. As áreas rurais, no entanto, seguiam sendo o espaço de atuação das parteiras não-medicalizadas, antigas, até os dias atuais, sobretudo

---

<sup>174</sup> Há muitas pesquisas sendo feitas sobre esta questão, conforme pode se consultar no Dossiê Parto, organizado por Maria Lucia Mott, na mesma revista onde há o artigo que se segue: TSUNESCHIRO, M.A.; RIESCO, M.L.G. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis: UFSC, v.10, n.2, p.449-460, 2002. E ainda, a tese de MONTICELLI, M. op.cit..

<sup>175</sup> AKRICH M.; PAASVER, B. op.cit.

<sup>176</sup> JORDAN, B. op.cit.

nos países de Terceiro Mundo, em função da inclusão e peculiaridade de seus processos de desenvolvimento. Nestas regiões, muitas vezes fruto de ações de irmandades religiosas que, ao longo do século XX, dedicaram atenção à saúde, tem se notícias de cursos de curta duração para parteiras, com vistas a lhes ensinar algumas noções de anatomia e higiene, nos mesmos moldes dos cursos formais e de longa duração, porém de maneira mais superficial e fragmentada. A participação nestes cursos parece garantir uma espécie de adesão parcial ao *habitus* médico, bem diferente daquela oriunda dos cursos de diplomação ou de longa duração, e que não retiram das suas alunas o pertencimento ao sistema simbólico popular, muitas vezes colocando-as em situações dramáticas, como veremos depois.

A metáfora da mudança de endereço da casa para o hospital, bastante freqüente entre os ativistas da REHUNA, usada para sinalizar a alteração na forma de parir e de assistir o parto é, de fato, muito apropriada e carregou consigo uma sucessão de mudanças: passou de ofício à profissão, de *affaire de femmes* para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e meticuloso.

Mas, como vimos, estas mudanças ocorreram de forma heterogênea e incompleta: o caso de países como o Brasil é um exemplo de como persistiram práticas não-medicalizadas na assistência ao parto, as quais têm adquirido visibilidade a partir de algumas das ações do Parto Humanizado, como veremos no próximo capítulo.

### **Parteiras: liminaridade, transgressão e poder**

Parteiras são figuras emblemáticas da história das mulheres no Brasil e no mundo: ao longo dos últimos séculos, elas foram perseguidas, desqualificadas e punidas pela biomedicina, embora esta mesma tenha extraído delas grande parte dos saberes atuais relativos ao parto. É personagem conhecida de todos, o que faz dela uma figura freqüente

em filmes,<sup>177</sup> novelas, romances e peças de teatro, músicas e poemas que tenham por cenário tempos antigos. Aparece nos escritos de Marx, quando diz que “a violência é a parteira da História,”recorrendo à popular figura do século XIX para metaforizar sua concepção dialética da história, e também em Pierre Bourdieu, ao dizer que “o *métier* do sociólogo deve atuar tal qual parteira, numa postura que se situa entre a receptividade e a diretividade.”<sup>178</sup>

Se a Igreja medieval colocou parteiras no lugar de feitiçeras e bruxas, segundo uma concepção maniqueísta e misógina, foi dentro da modernidade e, mais especificamente, dentro do reinado do higienismo que se selou a aliança entre Estado e medicina, e que surge a associação entre *parteiras* e sujeira, portanto, risco e perigo. Este estigma ainda pesa, hoje, sobre as parteiras *tradicionais*, estabelecendo fronteiras simbólicas entre grupos populares e rurais e entre camadas médias e elites urbanas. Não raro, pode-se encontrar, junto a esta concepção higienista, resquícios das representações medievais, pela associação das parteiras à bruxaria, à feitiçaria e à prostituição, sob o argumento de sua capacidade de usar os próprios conhecimentos para praticarem abortos e infanticídios.

Entretanto, há que se ter cautela com o termo *parteira*, utilizado, hoje, para designar personagens bem distintas e que estão acolhidas sob uma palavra que homogeneiza todas as que se dedicam às artes da parturição: as enfermeiras com curso de especialização em enfermagem, as *midwives* norte-americanas ou holandesas, as *sage-femmes* que trabalham nas maternidades francesas. Também para designar profissionais de nível médio e/ou superior, integradas ao sistema de saúde, bem como camponesas e indígenas do Norte e do Nordeste do Brasil, que até hoje fazem partos em domicílio ou *em trânsito*, ou seja, no caminho para a maternidade.

Como foi sinalizado anteriormente, tal polissemia do termo está relacionada à trajetória da assistência ao parto e nascimento. O Brasil é rico de denominações reveladoras

---

<sup>177</sup> Sobre este tema, o grupo de trabalho do Hospital Universitário da USP fez um interessante inventário de filmes nos quais aparecem cenas de parto, mostrando a importância que o tema tem no cinema. Durante o trabalho de campo, eu listei várias novelas e mini-séries da grande mídia: *Um Só Coração* (2004), *Coração de Estudante* (2002), *Terra Nostra* (1998) *Esperança*(2001), *O Rei do Gado*(1997), *A Casa das Sete Mulheres*(2003), etc. Só para citar aquelas sobre as quais escutei comentários do ‘público’ durante o trabalho de campo.

<sup>178</sup> Diz ele, em entrevista: “O sociólogo deve agir como parteira: tem que ser submisso, receptivo, disponível e ao mesmo tempo, ativo, sugestivo, encorajador, em suma, uma disposição dividida, quase esquizofrênica.” Cf. BOURDIEU, P. Entrevista concedida a Menga Lüdke. In: *Teoria e educação*. Porto Alegre: Pannonica, n.3. 1999, p.3.

desta historicidade: no período colonial: era *parteira* a negra, escrava que atendia as mulheres da senzala e da casa grande, como parte de suas atribuições de cativa, serva; a negra forra, que, na condição de liberta e na cidade, passou a desempenhar o ofício como parte de sua estratégia de sobrevivência; a *parteira camponesa*, que atuava no interior, prestando socorro às vizinhas e parentes; a *parteira*, que fez cursos rápidos de treinamento, em geral, em instituições filantrópicas religiosas, que lhe conferiam um prestígio adicional, legitimado pela Igreja e envolvendo uma dimensão de normalização e moralização; as *parteiros examinadas*, que prestavam um exame diante de um júri no período Imperial. Deve-se ainda acrescentar o próprio sistema classificatório que encontramos, hoje, entre parteiras que atuam nas áreas rurais, provavelmente, similares às suas antecessoras em séculos passados: aparadeiras, parteiras leigas, práticas, empíricas, tradicionais e com suas versões mais populares: curiosas, matronas, comadronas, comadres, entendidas. Doravante, restringirei o uso do termo *parteira* para designar as *antigas* ou *tradicionais*, reportando-me às outras *profissionais* como parteiras diplomadas ou letradas, ou, quando for o caso, *midwives*, *sage-femmes* ou enfermeiras obstétricas.

Vale considerar que a parteira também ocupa um lugar ambíguo em razão de seu ofício, visto que pode atuar num ritual de passagem, auxiliando uma mulher em estado liminar. Os dados de campo parecem apontar para, pelo menos, dois aspectos: um, encontrado, sobretudo, entre as parteiras diplomadas ou letradas, relacionado ao fato de serem migrantes e/ou celibatárias, e outro ligado às condutas de transgressão no que tange aos padrões de comportamento femininos de suas comunidades. Há ainda aspectos que dizem respeito à situação conjugal à sexualidade – o fato de muitas serem viúvas, solteiras e freiras – ou, ainda, serem reconhecidas como sexualmente ativas, aludindo a outras figuras transgressoras femininas, como prostitutas, bruxas e curandeiras.

Segundo Mary Douglas, as figuras liminares estão dotadas de certos poderes, em função do mistério e do descontrole que guardam e representam.<sup>179</sup> Por isso, costumam causar rechaço e estigma por parte dos demais membros de uma sociedade, vistas como fonte de contaminação, de impureza e de perigo. As acusações relacionadas aos riscos de infecção, decorrentes da sujeira, centrais ao discurso higienista, à estigmatização das parteiras, estabelecendo uma clara fronteira entre noções de pureza e de poluição e

---

<sup>179</sup> DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976. p.119.

colocando ao lado da pureza e da segurança, a medicina; e do lado da sujeira e do perigo, a *falta de higiene das parteiras*.

A historiadora Y. Knibiehler observa sobre o assunto, o seguinte:

Nada garante que a intervenção do homem na arte da medicina tenha feito diminuir a mortalidade infantil antes de 1870. As estatísticas elaboradas regularmente a partir da década de 1850, revelam que a mortalidade permanece nestes locais mais elevada, de 10 a 20 %. Isto se deve ao fato de que as mães que estão ali sofrem de tuberculose, raquitismos, de miséria total. Mas o principal fato é a febre puerperal, transmitida pelo próprio médico parteiro e seus estudantes, que praticam, alternadamente, sem precaução, autopsias e toques obstétricos. O médico austríaco Semmelweis tinha suspeitas sobre as origens da infecção desde a década de 40 e tinha reduzido a mortalidade de seus serviços obrigando todos seus subordinados a lavarem as mãos. Na França, Tarnier foi também um verdadeiro precursor: mas o progresso só se torna efetivo com o aperfeiçoamento dos princípios de assepsia, e somente por volta de 1900 a mortalidade desce para 2 %, e então, mas só então, tornou-se mais seguro dar à luz no hospital.<sup>180</sup>

Aliás, o referido médico Semmelweiss, relativamente conhecido no âmbito do movimento brasileiro, é visto como mais um visionário, se tomamos as referências da Rede: teve sua história apresentada em uma das Conferências da REHUNA, na qual um dos médicos do movimento é invocado como exemplo de coragem: profissional que ousara colocar em cheque as suas próprias práticas médicas, e que, por isso, foi primeiro perseguido e desqualificado para, depois, ser reconhecido. Hoje, o modo abusivo com que são utilizados custos adereços como luvas, máscaras e aventais vem sendo debatido pelo movimento, em função de seu objetivo demarcador de diferenças e limites entre profissionais e leigos, entre puros e impuros.<sup>181</sup>

Além disso, a situação de liminaridade, comum nos rituais de passagem, confere poder aos que sabem controlá-la. Desta forma, as parteiras, em razão das características de seu ofício, também se encontram em uma situação especial, diferente das demais mulheres: não estão sujeitas a horários fixos e circulam entre pessoas e lugares fora do âmbito

<sup>180</sup> KNIEBIHELER, Y. op. cit., p. 359.

<sup>181</sup> Segundo Robbie Davis-Floyd, corresponderia ao conjunto de crenças propriamente médicas que proliferaram com o processo de migração do parto para o meio hospitalar. Em função da Aids, no entanto, haveria que se proteger o médico e equipe, mas, segundo vários *rehunidos*, este uso somente seria necessário quando em situação de infecção e risco de contágio de doenças transmissíveis, em geral, descartadas durante os exames do pré-natal.

doméstico.

### **Parteiras de fora : as migrantes**

Além da declarada valentia das parteiras, um outro dado curioso, tanto na História do Brasil como na da Argentina, e que talvez possa ser encontrado em outras regiões da América Latina, é que as parteiras mais famosas eram migrantes, vindas da Europa, sobretudo da França e da Alemanha. Não me refiro mais às parteiras práticas ou camponesas, mas àquelas que vieram a ocupar lugar de destaque na sociedade, tal qual as demais imigrantes, como na Argentina, onde não parecem ter sido poucas as parteiras européias que aportaram na capital: “*En el ocaso del siglo XVIII, arribaron a Buenos Aires, provenientes de España, las primeras cuidadoras de parturientas*”, a quienes se les dio el nombre de comadronas porque, generalmente, se convertían en madrinas de los bebés a los que ayudaban a nacer. Más tarde, desembarcaran las parteras francesas, más conocidas como las madamas”.<sup>182</sup>

Provavelmente, o fato de serem migrantes européias, centro do prestígio à época, conferia maior distinção a essas mulheres. Essa hipótese parece fazer sentido à luz do que hoje se observa no universo da assistência ao parto, como veremos a seguir. Sabemos, no entanto, que a condição da parteira, enquanto uma mulher que detém poderes especiais dom ou vocação está muitas vezes associada ao fato de ser de fora do grupo, visto que o fato de ser forasteira coloca a pessoa em uma condição especial.<sup>183</sup> Além disso, as parteiras não raro eram celibatárias – condição muito comum entre as urbanas e que também confere ambigüidade e liminaridade ao mesmo tempo em que imprime ares de distinção em contextos urbanos onde os vínculos com a Europa eram extremamente valorizados.

É realmente curioso que a história da parturição tenha mantido este elemento de migração, sendo-lhe conferido, até hoje um valor extraordinário.<sup>184</sup> Como em Buenos

---

<sup>182</sup> CORREA, A.op. cit., p.195.

<sup>183</sup> CF. MALUF, S. *Encontros noturnos: bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

<sup>184</sup> O caso da *parteira alemã*, narrado por Sonia Hotimski, conhecida não só pelos ativistas da humanização no Brasil, atualmente, mas também motivo de matérias na grande imprensa, chama atenção: ela trabalhava

Aires, a conhecida madame Pascal,<sup>185</sup> que continuou sendo famosa e procurada pela sua clientela, apesar de acusações de ter agido mal diante de um parto difícil, isto sem falar em madame Durocher, no Rio, filha da modista francesa,<sup>186</sup> ambas no século XIX. Um pouco depois, também na Argentina, ficou conhecida outra parteira alemã, envolvida com o movimento atual pela humanização: Brígida Morguenroth, que, em decorrência da segunda guerra mundial, veio para a América do Sul, em 1939 e, que, logo depois, começou a dar aulas *para las embarazadas en Buenos Aires*.<sup>187</sup> Em Santa Catarina, nas proximidades de Florianópolis, era famosa a senhora Diba, parteira turca que teria em seu currículo mais de 1000 partos, tendo falecido há alguns anos.<sup>188</sup>

Mais recentemente, já no universo da Nova Era, não faltam parteiras que vieram de longe. Ângela Gehrke, parteira alemã que ajudou a criar a Casa de Partos da favela Monte Azul,<sup>189</sup> Melodie Radler, californiana que trabalhou com preparo para parto junto ao Coletivo Feminista de São Paulo; Úrsula Hutter também alemã que andou em Recife, acompanhando o grupo Curumim e colaborando com a confecção do Livro da Parteira; Vendela Chignac, jovem parteira de origem francesa, que atua na Argentina e estudou na Alemanha, hoje atende partos em Buenos Aires; Suzane Cortella, alemã com formação também na Itália, que repassava seus conhecimentos no curso *Parto Feliz*, em Florianópolis, e assim por diante.<sup>190</sup> Estudos feitos no exterior foram sempre muito valorizados nos países coloniais e dependentes, desde a colonização. Até hoje, a formação em países centrais confere prestígio aos profissionais também no campo da assistência ao parto, ainda que o *ranking* de países prestigiosos venha mudando ao longo dos anos – França e Alemanha, nos séculos XIX e inícios do XX; depois Estados Unidos, Holanda, Inglaterra e, mais recentemente, Japão.

No currículo dos profissionais ligados à REHUNA, quase sempre são sublinhadas

---

junto com outra parteira alemã. Foi obrigada a cursar enfermagem no Brasil, por não ter reconhecido seu diploma de obstetrix adquirido na Alemanha. Cf. HOTIMSKI, S.op.cit.

<sup>185</sup>Mme Pascal, foi acusada de *mala praxis y ineptitud* pelo Tribunal Médico de Buenos Aires, em 1827, gerando muita polêmica, mas sendo absolvida com a condição de interromper seus trabalhos, ordem que a mesma não cumpriu, seguindo sua profissão no domínio público. Cf. CORREA, op cit.

<sup>186</sup> MOTT, M. L. op.cit.

<sup>187</sup> MONGUERO, B. Homenaje. *Revista Créavida*. Buenos Aires: Fundação Créavida, p. 10-13, nov. 2003. (Entrevista concedida à Grace Cobe)

<sup>188</sup> Informação oral prestada pelo folclorista Peninha, do Museu de Antropologia da UFSC, Florianópolis, fevereiro de 2004.

<sup>189</sup> HOTIMSKI, S.Op. Cit.

<sup>190</sup> Os nomes aqui utilizados são os verdadeiros, pois se tratam de profissionais que atuam publicamente.

as passagens e a formação, ainda que de curta duração, em outros países: Adilson, que fez um estágio na *Maternité des Lilás*, em Paris; Renato, que esteve na Holanda; Marília, que conheceu o sistema de partos domiciliares em Londres. Também parece ter sido o caso de Vera e Beatriz, enfermeiras obstétricas que se deslocaram, por alguns meses, até o Japão a fim de se capacitarem, já que nesse país há várias referências importantes em termos de humanização da assistência. Em um recente evento divulgado pela *Internet*, as promotoras do curso incluíram, em seu currículo, estudos, vivências e estágios na Itália e na Alemanha, o que mostra o valor atribuído ao cosmopolitismo que já estava presente nas parteiras migrantes do século XIX e que pode ser situado no contexto de países coloniais e neocoloniais e, mais ainda, entre camadas médias e elites: a passagem por países estrangeiros faz parte do conjunto de valores, conferindo prestígio àquelas que dele se fazem valer.

### **Parteiras do interior**

A permanência do prestígio das parteiras, ainda que de forma subalterna, ao lado de outros especialistas de curas populares, relaciona-se com a legitimidade dos conhecimentos que mantiveram vivos, considerando sua capacidade de articulação com elementos de outros saberes. Em algumas regiões elas mantiveram um certo reconhecimento, apesar do ideário higiênico. Além de circularem entre cidades, vilarejos e mesmo países, bem como entre os universos da feminilidade e da masculinidade, as parteiras, freqüentemente, assumem posturas de insubmissão. Parecem apontar para uma posição bem menos submissa às ordens médicas, as quais, hoje, as enfermeiras devem acatar, por conta da hierarquia hospitalar moderna. Aquelas parteiras diplomadas que exerceram a profissão no campo da assistência liberal, mais ainda dispensavam os médicos e ocupavam lugares de prestígio e de autoridade incomuns para a maioria das mulheres. Assim foi o caso da Mme. Legrand e Mme Lachapele, parteiras-chefes da Maternidade de Paris, em pleno século XIX; assim foi também o caso de Madame Durocher, que, trajando vestes masculinas, escrevia para os jornais, debatendo com os médicos mais renomados da época e questionando

muitas das suas idéias,<sup>191</sup> desde as parteiras *tradicionais*, que assumem o comando do parto e obtêm dos homens ao seu redor total obediência, às parteiras diplomadas que, muitas vezes, discutiam com os médicos e outras autoridades em pé de igualdade surpreendendo a todos.

Parteiras detêm saberes do mundo das mulheres, conhecimentos ligados à sexualidade e ao mistério da reprodução: únicas mulheres às quais é permitido – em função da importância de seu ofício – ultrapassar as fronteiras de tempo e espaço, bem como de comportamento, estabelecidas para as demais, ainda que dentro de um tradicional ofício feminino. Elas saem a qualquer hora do dia e da noite, atravessam madrugadas e caminhos obscuros, andam a cavalo, de bicicleta, a pé, de carroça ou carro; suportam chuvas, ventos, tempestades, são chamadas e acompanhadas por homens, muitas vezes desconhecidos, atendem sempre às solicitações.

Todas estas atividades, tradicionalmente atribuídas aos homens – são chanceladas pela sociedade local em função da importância de seu mister.<sup>192</sup> O prestígio que lhes confere o ato de partejar, ou seja auxiliar os outros, também lhes garante margens de liberdade incomuns entre as outras mulheres, como se vê nas duas narrativas abaixo:

Era um homem que tava levando a mulher pra Montes Claro pra ganhar neném. Isso era de madrugada. Aí quando foi chegando no terreno lá de casa, eu ouvi um barulho. Ele bateu na porta: "ôh Dona Joana:". Eu pensei: meu Deus do céu o que será. E ouvi um chorinho de um menininho. Falei: o quê que é? E tomei aquele choque e levantei. Quando eu levantei, perguntei: o quê que é? E ele falou: a mulher começou a ganhar neném aqui, nós já ia levando pra Montes Claro e deu problema...(Dona Joana, Minas Gerais)

Foi assim umas cinco e meia, chamou na minha casa. Aí tinha uma menina que eu criei, criava, ela já casou, aí ela tinha levantado primeiro e atendeu. Quando ela atendeu ela chegou na minha porta e disse assim:

<sup>191</sup> Maria Lucia Mott comenta detidamente a postura de Mme. Durocher frente aos médicos, mostrando que ela de um lado discutia lado a lado com seus pares homens, de outro, para obter seu reconhecimento, provavelmente, e ser aceita como interlocutora, rendia-se a alguns dos protocolos do campo médico - dominado por homens. Cf. MOTT, M.L.op cit.

<sup>192</sup>As intempéries pelas quais a parteira passa são aspectos sublinhados nas atuais narrativas de parto, compondo um cenário de drama e perigos, e uma personagem valente e corajosa, uma espécie de heroína que jamais deixa de atender uma mulher em seu parto, e cujo ofício implica em deslocamentos e viagens incomuns às outras mulheres.

"tia, levanta que tem uns homem aí chamando a senhora". Eu fiquei até esquisita com isso, aí eu levantei. Depois até chamei a atenção dela, como que ela ia na porta do meu quarto, eu dormindo com meu marido, e ela preocupada com aqueles homens me chamando lá fora (Dona Tereza, Minas Gerais).

Relatos como estes escutei na Ilha de Santa Catarina, assemelhando-se aos obtidos por pesquisadoras no Acre, Amapá, Maranhão, Pernambuco e Pará, os quais sinalizam a particularidade de um ofício de que faz parte estar à mercê de horários noturnos, pessoas desconhecidas e constantes deslocamentos; ao contrário do que predomina entre médicos e enfermeiras que obedecem a horários, atendem em plantões e, no caso dos mais intervencionistas, marcam horários para fazer um parto, adequando o evento a uma agenda, seja a partir de seu desejo, seja negociando a data com a parturiente.

A transgressão de papéis femininos que a parteira realiza permite que ela tenha acesso a atividades costumeiramente masculinas – o mundo da rua, as tarefas de transporte – e sugere uma inversão dos papéis de gênero, na medida em que mostra a dependência e submissão dos homens aos ditames da parteira e da parturiente.

A situação do marido da parteira também está relacionada ao prestígio que seu dom confere conforme observa Benedita Pinto, no Tocantins: “O marido ou companheiro da parteira jamais é apontado pelo nome, mas como *marido da parteira*, ao contrário das outras mulheres, que são indicados como a mulher de João, a mulher de Antonio, a mulher de Zeca.”<sup>193</sup>

Tal situação pode ser observada, também, na Ilha de Santa Catarina, e faz coro com o fato de que os maridos das parteiras acabam por auxiliar nas tarefas, sem jamais assumi-las completamente, como conta, em meio a uma longa narrativa sobre o assunto, Dona Luiza: “Oh, o meu marido também é parteiro! Eu ensinei ele. Já teve parto que ele que pegou! Agora pra cortar umbigo(...)Ele teve que apelar pra simpatia né(...) mas sabe de uma coisa? Ele só não corta umbigo que ele tem medo!”

Cabe observar que também as freiras ou irmãs das congregações católicas estiveram à frente da assistência ao parto, pelo menos até meados do século XX, no Brasil. O estudo de Miriam Grossi sobre essas congregações<sup>194</sup> aponta para esta especialidade dominada

<sup>193</sup> PINTO, B. C. M. Vivências cotidianas de parteiras e experientes do Tocantins In: *Revista Estudos Feministas. Florianópolis: UFSC*, v.10, n.2, p. 447.p.447.

<sup>194</sup> GROSSI, M. Jeito de Freira. Estudo Antropológico sobre a vocação religiosa feminina. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n. 23, p. 48-80.mai 1990.

pelas freiras, particularmente em cidades do interior e também é referido por Anayansi Brennes, ainda no século XIX, quando muitas irmãs se opuseram, veementemente, à entrada dos médicos nas Maternidades das Santas Casas, alegando motivos de pudor, mas que também teriam envolvido disputas de poder.<sup>195</sup>

A situação liminar da parteira, coloca-a em um papel ambíguo: uma mulher que escapa dos padrões sociais relativos ao gênero, mas, por um lado, é considerada benfazeja em função de seu mister. Creio que, no campo das parteiras *sRICTU SENSO* a situação de liminaridade é ainda mais carregada: ela se imbrica com elementos do universo feminino e masculino, pois, ao transgredir as fronteiras do feminino convencional, ela faz coisas que, habitualmente, caberiam aos homens: enfrenta perigos, faz longos e difíceis percursos, negocia com médicos, enfermeiros, autoridades, garante os cuidados à parturiente, obtendo sempre a obediência dos homens. Entre as feministas que atuam nos trabalhos de capacitação, essas parteiras vêm sendo, freqüentemente, referidas como anjas, o que sublinha o aspecto divino que lhes confere o dom de partejar e salvar mulheres, bem como seu poder ligado ao mundo (considerado) do *bem*. Se há, ainda, por parte das feministas esotéricas ou alternativas, referências às parteiras como bruxas, deve-se ao fato da recuperação parcial dessa personagem pelo feminismo, em função de todo o processo histórico de perseguições e desqualificações aludido nesse capítulo.

---

<sup>195</sup> BRENNES, A. História da Parturição no Brasil: século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, abr/jun 1991, p. 135- 49.

### CAPÍTULO III

#### Do parto sem dor ao parto humanizado

Nesse capítulo, tratarei de caracterizar o movimento do Parto Sem Dor, que surgiu na França, no pós-guerra, e ganhou adeptos em países como o Brasil. Depois, analisarei autores que se sucederam a essa primeira geração crítica da obstetrícia, para finalmente, analisar as idéias principais do Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento, doravante referido como Parto Humanizado, a partir dos principais ideólogos do movimento no Brasil, considerado pela antropóloga Tânia Salem como um desdobramento do Parto Sem Dor, ambos vistos como *Vanguardas Obstétricas*<sup>196</sup>.

Conforme expliquei no capítulo anterior, é no período do pós-guerra que se observa a maior migração dos partos para os hospitais e a medicalização da saúde como um todo, e, um pouco mais adiante, no caso do Brasil, a popularização da cesareana. Mas não tardaram a aparecer críticas internas ao próprio campo biomédico, as quais nos anos 50, ganharam espaço.

Entre estes *críticos de dentro* da obstetrícia, estavam o obstetra inglês Grantly Dick Read e o francês Fernand Lamaze, que questionavam a intervenção excessiva dos médicos e enfermeiras sobre o corpo das mulheres, a pretexto de aliviar as dores. Dick Read ficou mais conhecido nos anos 50, apesar de ter escrito seu primeiro trabalho ainda na década de 30, concomitantemente com Lamaze, sugerindo que o contexto do pós-guerra fora, particularmente, auspicioso para a crítica dos métodos hegemônicos.

Esses médicos preocuparam-se em recuperar o protagonismo das mulheres no processo do parto, ressaltando que elas detinham condições inatas de – desde que educadas para isto – atravessar o momento do parto de forma não traumática. Eles médicos estavam sintonizados com a crescente demanda de mulheres que os procuravam e que vinha aumentando em setores médios. Também, censuravam as campanhas natalistas dos governos europeus, que haviam marcado o pós-guerra, e ainda, materializaram as críticas geradas pelas disciplinas pasteurianas, entre elas, a separação do bebê de sua mãe, as técnicas artificiais de nutrição, bem como a submissão da gestante às rotinas e normas

---

<sup>196</sup> Cf. SALEM, T. op. cit., p.2.

médicas: *Deux méthodes ont été en concurrence dès la fin des années 40. Les pays anglo-saxons ont préféré celle de l'accoucher britannique Grantly Dick-Read. L'autre méthode, mise au point en URSS, s'est répandue dans les pays où existait un parti communiste puissant notamment en France.*<sup>197</sup>

A história do método psicofilático de Lamaze ou Parto sem Dor (*Accouchement sans Doleur*) é reveladora da existência de lutas entre os grupos hegemônicos e os heréticos no campo da política e da medicina, ao mesmo tempo em que expressa a formação de um *ethos* muito específico entre as pessoas identificadas com o comunismo. Ele surge, justamente, no momento em que se consolida o modelo tecnocrático de atenção ao parto, alimentado pelos avanços da medicina na Segunda Guerra.

Segundo Jocelyne George, a *americanização* dos costumes e da medicina, que tanto marcou os anos 50, inclusive na América Latina, foi um terreno fértil para a crítica feita por Lamaze, mais, ainda, por que se imbricou visceralmente, ao clima de Guerra Fria, fazendo do parto uma arena e /ou objeto de discórdias, divergências e polêmicas, pelo menos no contexto francês. Cabe lembrar que a ideologia comunista, como uma ideologia moderna, pretende ser a porta-voz da mudança e da evolução, e o próprio conceito de vanguarda tem um significado importante na teoria e ideologia marxistas.

Dito isto, passemos ao contexto dos anos 50, na Europa; período em que surge o movimento do Parto sem Dor (PSD). Nessa época, o médico Fernand Lamaze era ligado à Resistência Francesa, importante movimento humanista que se opôs ao nazismo e ao colaboracionismo do governo francês, durante a Segunda Guerra Mundial com a Alemanha nazista. No calor da Guerra Fria, este médico integrou uma comitiva de cientistas europeus, em uma missão de trabalho, na União Soviética. Lá, tomou conhecimento dos métodos utilizados pelas maternidades soviéticas para facilitar o trabalho de parto, baseados na teoria comportamentalista do neuropsiquiatra russo Pavlov, a qual o tornou conhecido.

Vale ressaltar que o PSD iniciou sua história no Ocidente a partir da adaptação do método russo de preparação para o parto, com F. Lamaze e sua equipe, tendo por cenário primeiro a *Maternité des Bluets*, dirigida por ele e ligada ao Sindicato dos Metalúrgicos de Paris e à CGT, importante central de trabalhadores na França. Após a experiência bem-

---

<sup>197</sup> KNIBIHELER, Y. op. cit., p. 104

sucedida de preparação para o parto, o Partido Comunista, simpático ao método, transformou-o em um projeto de lei, com objetivo de garantir a todas as parturientes, usuárias dos serviços de saúde, o acesso ao *PSD*. Tal proposta consistia em oferecer às gestantes um total de seis a oito sessões de preparação para o parto, os quais seriam ministradas por obstetras e *sage-femmes*, bem como garantir espaço físico dentro das Maternidades para a realização desses cursos.

A Lei foi aprovada, mas gerou grande polêmica: as reações suscitadas tanto pela imprensa quanto pela corporação médica, compõem um quadro extremamente instigante do ponto de vista dos debates que o PSD trouxe para a cena pública. Discussões teológicas, científicas, administrativas e técnicas acirraram as controvérsias em torno das quais se aglutinaram duas posições principais: um bloco a seu favor e, outro contrário à utilização do método, a divisão que, certamente, afinava-se com o contexto da Guerra Fria.

Entre os defensores do método, estavam os ativistas e simpatizantes do *front populaire*, que contaram conseguiram uma aproximação com as comunidades através de canais próprios, como a imprensa humanista e comunista, sindicatos e partidos de esquerda. Do lado dos oponentes ao método, estavam em, um primeiro momento, a Igreja e a ampla maioria da categoria médica, bem como os partidos conservadores, pró-americanistas e colaboracionistas. Dick Read fora resgatado por alguns dos críticos de Lamaze, chamando a atenção para a existência de um *método ocidental não comunista*, oriundo da União Soviética, que propunha a mesma coisa que o de Lamaze. Vários grupos e associações religiosas começam a refletir sobre o principal mote das campanhas pró-PSD, a saber, a máxima do Gênesis sobre o sofrimento da mulher a partir do parto.<sup>198</sup>

Segundo o PSD, o ideal seria que houvesse uma preparação da gestante para o parto, o que lhe permitiria não perder o controle das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, ocasião em que uma grande parte delas padece de dores muito fortes. A idéia era devolver às mulheres seu protagonismo no parto e libertá-las do peso do imaginário católico-cristão, sobre suas mentalidades, de tal forma a fazerem-nas perder a capacidade de suportar a dor, considerada uma condição humana, desde que treinada.

O alvo das críticas feitas à obstetrícia convencional, pelos lamazistas, eram os

---

<sup>198</sup> “Javé disse, então, para a mulher: ‘Vou fazê-la sofrer muito em sua gravidez: entre dores, você dará à luz seus filhos, a paixão vai arrastar você para o marido, e ele a dominará’.” Gênesis 3:16.

pressupostos filosóficos que embasavam os métodos tradicionais, particularmente a concepção de que o sofrimento seria intrínseco à condição feminina, ponto chave da moral católica relativa ao gênero feminino e à própria sexualidade. Além disto, em vista da noção de que é preciso preparar-se para o parto, o período pré-natal passa a ser considerado decisivo na conformação de uma nova mentalidade, que, teria como desdobramento o *parto sem dor*.

Em suas palestras e artigos, Lamaze, leitor atento das pesquisas e debates da Escola dos *Annales*, a das mentalidades,<sup>199</sup> recorria, sempre, a argumentos científicos – e não políticos – e, mesmo assim, era rechaçado pela maioria da categoria médica da época:

*La peur des douleurs des enfantements, inculquée depuis des générations, crée un reflexe conditionné de contractions generateurs des souffrances; une instructions appropriée sur la physiologie de l'accouchement et un apprentissage de la décontraction musculaire peuvent créer des reflexes conditions inverses et supprimer la douleur sans anesthésie aisi que les conditions de réalisation (que la femme soit guidée tout au long de son accouchement par um médecin et une sage-femme présents en permanence.*<sup>200</sup>

Neste contexto é que a idéia de *vanguarda obstétrica* adquire sentido, visto que o vácuo deixado pelas redes de saber feminino fora tomado pela medicina convencional e pelas representações originadas do campo religioso, notadamente, o da Igreja Católica, muito forte na França. Incluindo técnicas de respiração e de postura, mas, sobretudo, uma nova representação do que era o parto em um contexto em que predominava a tradição católica e a intervenção médica, que compreendia o parto como patologia e a mulher como objeto passivo. O método, por sua própria natureza, propunha-se a reverter essa situação: as reações dos médicos franceses, unidos em suas corporações, e mesmo o apelo a Dick Read,<sup>201</sup> como um contra-argumento oriundo do campo científico para desautorizar o PSD,

<sup>199</sup> Fernand Lamaze foi um dos cinco primeiros assinantes da revista *Annales* na França, segundo Jocelyne Georges: 'Lamaze a pu, plus facilement que d'autres a son époque, considerer le dolorisme ancestral de l'accouchement comme un phénomène culturel, historique, donc, susceptible de l'évolution.' (GEORGE, Jocelyne. Les contestations de l'accouchement sans douleur. *Les dossiers de l'obstétrique*, n 319, août-sept. 2003. p. 5.

<sup>200</sup> CARON-LEUILLIEZ, M. Obstétrique et Guerre Froide: La bataille de l'accouchement sans douleur. In: MUARD, R. (Org) *Pratiques politiques dans la France Contemporain*. Montpellier: Université Paul Valéry, 1995

Cf. GEORGE, J.; LEUILLIEZ, M. *Rupture, utopie, résistance: histoire de l'accouchement sans douleur*. COLLOQUE FÉMINISTE FRANCOPHONE. Toulouse, sept., 2002, p.1. (mimeo)

<sup>201</sup> Há toda uma *querela das origens* sobre a questão de Dick Read e Lamaze, as relações entre ambos e entre eles e Pavlov, acusações de misticismo por parte do primeiro, e defensores do cientificismo de Lamaze, que são apontadas por várias historiadoras e as quais não poderei abordar aqui, mas que são reveladoras das

devem ser entendidos, nessa concepção, aliados ao fato de que se tratava de um método trazido da URSS.

O PSD não apenas acentuava a capacidade psicológica e fisiológica da mulher dar à luz de forma satisfatória e feliz, com a presença do pai, mas ainda propunha – tal qual os seus sucessores libertários – uma ruptura com as gerações passadas, em função da ideologia cristã que lhes impregnara as mentalidades quanto ao parto. A relação com o pacifismo se acentua, ainda mais, para além dos vínculos com os grupos do *Front Populaire*, a partir do argumento utilizado pelos republicanos e comunistas, acerca da discrepância entre gastos de guerra – a Indochina, na época – e a desatenção à assistência, à gestação e ao parto para todos os franceses.

Entre seus defensores, segundo a autora do texto citado, também ficam claros os valores da mudança e da ruptura com a tradição, representadas pelos demais médicos, religiosos e familiares da parturiente. A aceitação do método parece ter se dado, justamente, em função do seu caráter natural – palatável à religião católica – e da bem sucedida campanha publicitária na França, que contribuiu para sua boa receptividade, em alguns setores da sociedade francesa. As redes de sociabilidade e informação, particularmente, ligadas ao republicanismo radical francês deram ampla divulgação às iniciativas do PSD, em um contexto em que o próprio movimento comunista era vivido como um *modo de ser* e de viver no cotidiano: “*À l’époque du front populaire, les organisations syndicales ont cherché a intervenir hors du lieu de travail, pour maintenir et développer les droits des travailleurs dans les domaines de la culture, des loisirs, de la famille ou de la santé.*”<sup>202</sup>

Além da popularidade adquirida pela divulgação nos meios republicanos, humanitários e comunistas, que haviam se unificado no *Front Populaire*, no tempo da Guerra, o método acabou sendo apoiado pela própria Igreja Católica, em um curioso paradoxo que colocou, lado a lado, ateus e católicos: em 1956, o Papa Pio XII vem a público apoiar a proposta, garantindo sua popularidade para além dos circuitos comunistas e humanistas da Resistência, que parece ser a chave explicativa do relativo sucesso da iniciativa na França. A partir de 1959, a Seguridade Social reembolsava as mulheres que

---

relações entre ciência, política e religião, e mostram as relações de poder internas ao campo médico quanto a este assunto que, segundo os discursos instituídos, pertenceria ao âmbito privado.

<sup>202</sup> CARON-LEULLIEZ, M. op. cit.

participavam da preparação, e, segundo os dados de 1961, 30 % das francesas pariram *sans douleur* através do método. As discussões teológicas acerca da dor, da medicina e acerca da neutralidade da ciência, deram o tom desta verdadeira batalha entre os blocos anti e pró-PSD nos anos 50, e o anticomunismo se encarregou de fazer uma espécie de *guerra fria* sobre o tema do parto no mesmo período.

O apoio do Papa e da Igreja parece ter sido mais decisivo que os órgãos de propaganda comunista. Pelo menos, é o que sugere o fato de que, no contexto brasileiro, um dos livros mais conhecidos sobre o método, *Parto sem dor*, continha o discurso do Papa sobre a importância do programa para as famílias católicas. Tal obra foi coordenada por Pierre Vellay, colaborador de F. Lamaze na *Maternité de Bluets*, e incluía, além de vários capítulos acerca dos pressupostos e técnicas do método, depoimentos dos autores, homens, sobre sua experiência pessoal – seja enquanto pais, seja enquanto médicos. Já na capa, os autores explicitam seus compromissos com a ruptura, com as tradições e com o caráter científico do método: “A idéia de que os seres humanos têm de ser gerados em agonia é tão antiga como a memória humana. Mas como muitas *histórias da carochinha*, é falsa. A dor do parto pode ser abolida, e este livro apresenta completa e prática descrição do que promete ser um dos mais importantes progressos da ciência médica.”<sup>203</sup> (grifos meus)

A referência às possíveis ligações entre o método, ideologia comunista e questões políticas é alvo da argumentação de Pio XII:

Basta dizer uma palavra de apreciação teológica e religiosa, para que se distinga um valor moral no sentido exato. Apresenta-se muitas vezes o novo método no contexto de uma filosofia e de uma cultura materialista e em oposição à santa Escritura e ao Cristianismo. A Ideologia de um pesquisador e de um sábio não é em si uma prova de verdade e do valor do que encontrou e expôs (...). Outros são os critérios de verdade (...). O cristão convicto não encontra nada em suas idéias filosóficas e na sua cultura que o impeça de tratar seriamente em teoria e em prática o método psicoprofilático.<sup>204</sup>

Descartam-se as ligações entre ciência e ideologia, em uma atitude bizarra no contexto da costumeira oposição da hierarquia católica diante de argumentos científicos, relativos a questões ligadas à família e à sexualidade. Assim, nesse momento, o Papa Pio

<sup>203</sup> Capa do livro supra-citado.

<sup>204</sup> Discurso do Papa Pio XII sobre o Parto sem Dor, 8 de janeiro de 1956. In: VELLAY, Pierre *et al.* *Parto sem dor*. São Paulo: Ibrasa, 1961. p.155.

XII autoriza a adoção do método entre os meios católicos, o que parece ter contribuído para sua relativa popularização.

As relações entre o método Lamaze e as ideologias políticas e religiosas são complexas, envolvendo, de um lado, defensores deste método que, apesar de suas origens soviéticas, advogam a neutralidade da ciência, mas ao mesmo tempo, sugerem que as representações acerca da maternidade no campo católico, sejam, em parte, repensadas; neste sentido revelando, as complexas teias que existem entre ciência, gênero e ideologias.

Não podemos, neste momento, aprofundar o assunto, dada sua complexidade, mas cabe apontar que essas ligações estavam presentes no debate travado acerca do método e são sugestivas para se pensar o contexto atual do parto humanizado. Talvez elas tenham contribuído para a relativa popularidade que o programa adquiriu fora da França. Certamente, esteve presente no processo de tradução do parto sem dor para o contexto latino-americano, processo esse que traz elementos instigantes para se pensar esta etapa da tradução de teorias e suas reinterpretações.

Segundo os informantes de Anayansi Brennes, socióloga que realizou uma das poucas pesquisas sobre o tema no Brasil, não teria havido qualquer relação entre Lamaze e o comunismo, conforme a autora, tampouco haveria vínculos dessa ordem entre seus adeptos no Brasil. Assim, o que é uma marca dos ativistas europeus do PSD, sua ligação com movimentos de esquerda, parece ter se perdido no caminho: tal método teria chegado ao Brasil nos anos que antecederam a ditadura militar, e seus seguidores não teriam nenhuma vinculação com movimentos de esquerda do país. Ao contrário, sua simpatia pelo sistema psicoprofilático se justificava-se pela neutralidade do método e da ciência, eixo do argumento católico acima citado.<sup>205</sup>

No entanto, os dados que coletamos em Porto Alegre e na Argentina, embora incipientes, apontam para outra situação. Ainda que com menor peso, se comparada com a França, havia, sim, relações entre os lamazistas com ideologias associadas à esquerda daquelas décadas. O próprio Lamaze veio ao Brasil, onde realizou um curso para mais de 500 obstetras de todo o país, no ano de 1954, em pleno governo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek, no qual, a medicina conhecia os efeitos da *americanização* da

---

<sup>205</sup> BRENNES, A. Histoire de l'accouchement sans douleur au Brésil. *Les dossiers de l'obstétrique*. [s.l.] p. 10-12., août-sept, p. 10-12, 2003.

economia e do modo de vida, deslocando o lugar de prestígio que as modas, métodos e teorias francesas haviam ocupado até então.

Tivemos notícia desses cursos através de alguns médicos que atuavam nos anos 60, em Porto Alegre, e que, por terem também trabalhado como professores das faculdades de medicina, introduziram os princípios do método psicoprofilático em suas aulas.<sup>206</sup> Também, na Argentina, parece haver relação entre seus adeptos e ideologias de esquerda, motivo que explicaria porque as incipientes experiências institucionais, no sentido de uma atenção mais humanizada, desenvolvidas entre as décadas de 60 e 70, teriam sido extintas de forma violenta a partir do Golpe Militar em 1976. Neste país, no entanto, fala-se na existência de uma adaptação latino-americana da proposta original, que a aproxima mais da psicanálise e do discurso dos direitos humanos, bastante fortes na Argentina.<sup>207</sup>

### **Filhos rebeldes: a geração pós-PSD**

Tânia Salem atribui ao Parto sem Dor e a seus sucessores – parto natural e psico-sexual – o termo *vanguardas obstétricas*, levando em consideração o seu sentido êmico: os adeptos do método do PSD postulavam estar à frente de seu tempo, inaugurando uma nova forma de vivenciar o evento do parto, a qual rompia com as tradições religiosas anteriores – particularmente, o vaticínio bíblico ligado ao sofrimento da mulher. Tais *vanguardas obstétricas* podem ser vistas, também, como *correntes heréticas* da obstetrícia que disputam um lugar de legitimidade e de poder no campo biomédico. Pelo menos no que tange ao Parto Humanizado, essa dimensão fica mais evidente: mesmo que muitas das suas propostas façam eco a outras práticas e saberes de certos sistemas de saúde, os *rehunidos* procuram reportar-se às, assim, chamadas *evidências científicas* como forma de disputar –

<sup>206</sup> Esta é uma história a ser recuperada, pois trata de um período extremamente interessante, tanto na história da obstetrícia quanto na história social e política da América do Sul, *boa para pensar* nas relações entre ciência e política.

<sup>207</sup> Observei uma forte ênfase na dimensão dos direitos humanos e na crítica à ditadura e ao neo-liberalismo em Buenos Aires, nas *Jornadas interdisciplinárias sobre parto y nacimiento*, em 2003. Neste evento vários dos principais ideólogos dos anos 70 da psicoprofilaxia obstétrica, como é chamada neste contexto, trouxeram depoimentos que falavam das perseguições políticas e dos perigos que representara questionar o modelo de assistência e a concepção vigente de maternidade. Mirta Videla, uma das principais ideólogas, ressaltou as diferenças do método argentino daquele de Lamaze, sendo ela psicanalista e autora de livros conhecidos de algumas fundadoras da REHUNA do Sul do país, no qual critica não apenas a ultramecanização da medicina, um esquecimento dos direitos biológicos do bebê e uma visão *masculinista y contrafeminina del enfoque global* Cf. VIDELA, M. *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1997.

no campo biomédico – lugares de poder e de prestígio. Se para a obstetrícia muitas dessas práticas soam como novidade, tal fato deve-se antes, à própria conformação deste campo de saber que promoveu um *apagamento da sua própria memória*, ou, nos termos de Bourdieu, uma *amnese das suas origens*.

Vimos, no capítulo anterior, que, no campo da assistência ao parto, houve um processo, senão de extração de saberes populares, pelo menos, uma troca entre os saberes acerca do corpo feminino e do ato de parir, à luz desse fato pudemos perceber o papel importante que tiveram as parteiras e os acompanhantes na assistência ao parto, assim como encontramos técnicas que hoje soam como inovação no campo da obstetrícia, o costume de caminhar/deambular, as massagens, a posição acocorada, entre outras.

A autora argumenta que estas propostas, no contexto brasileiro, são antecessoras do ideário do casal grávido e do Parto natural dos anos 80: assim, nos anos 50 e 60, as vanguardas compuseram o ideário do parto Sem Dor; já nos anos 70 e 80, uma outra geração segue esta linhagem de críticas, mas em um marco libertário em que se busca um parto natural, constituindo a geração pós-PSD. Se, de um lado, poderíamos pensar que este ideário constituiria quase que uma decorrência lógica dos avanços da família nuclear, da ideologia individualista que nela penetrava, pelo trabalho feminino e pelas demandas crescentes de autonomia da mulher; de outro, chama a atenção o fato de que a maior parte dos ideólogos do Parto Sem Dor era ligada à causa da contracepção: Lamaze iniciou sua carreira profissional nesse contexto, atuando no campo da contracepção, assim como Michel Odent, se bem que este já fazia parte da geração pós-68, forjada pela popularização da pílula e da revolução sexual. Saleem atribui ao movimento do parto natural e/ou ecológico – a autora já utiliza o termo *movimento* – de Frédérick Leboyer, Michel Odent e Sheila Kitzinger, como tributários diretos do ideário do Parto Sem Dor, uma espécie de tronco original, do qual a geração do parto natural e casal grávido seria apenas sucessora: “Nas últimas três décadas, observa-se não apenas a disseminação da ideologia e da prática do PSD para dentro e fora da Europa mas a também a geração de um número crescente de métodos e técnicas que, embora sejam ramificações de um mesmo tronco original, apresentam-se ainda como mais ‘inovadoras’ e ‘mais modernas’.”<sup>208</sup>

---

<sup>208</sup> SALEM, T. op. cit. p. 2.

Nos anos 80, quando ela fez sua pesquisa entre alguns setores de camadas médios cariocas, não havia ainda a noção – hoje corrente – de Parto Humanizado. Os adeptos do Método Leboyer – que assim ficou conhecido – e do parto natural ou de cócoras resumiam-se a setores de camadas médicas similares àquelas estudadas por Salem, vinculados ao ideário do casal grávido igualitário. Essas práticas, em geral, davam-se no âmbito da medicina privada ou em redes de reciprocidade que excluía pagamento – à exceção, talvez, das experiências de Galba Araújo, no Ceará – restringiam-se a experiências de partos domiciliares, feitos, comumente, por médicos *alternativos*, não havendo iniciativas institucionais que buscassem modificar a assistência no âmbito da saúde coletiva e, mais notadamente, da saúde pública, como vêm a fazer os adeptos da humanização nos anos 90 e 2000.

Quero destacar, neste momento, que o Método Lamaze, certamente, foi inspirador de muitos médicos que, nas décadas subseqüentes, seguiram caminhos heréticos do campo obstétrico, seja através do *Método Leboyer*, seja na linha do parto natural, via Michel Odent, Sheila Kitzinger, Moisés Paciornik, e outros que hoje compõem o campo da humanização.

Mas, se há similaridades entre o PSD e os pós-PSD, há alguns pontos que permitem falar de uma outra geração: um deles é a questão da eroticidade do evento que passa a ser sublinhada nos anos 70, seja na versão feminista, bem expressa por Sheila Kitzinger; seja na versão ecologista, presente em Odent; seja na focalização do processo do parto – e do nascimento – no bem-estar e nos direitos da criança. A respeito do apoio no trabalho de parto, o pai é visto como um personagem importante no PSD – há vários relatos sobre a presença do pai no momento do parto – mas ainda não na forma mais radicalizada que propõe o embaralhamento de papéis de gênero, desde os anos 80, no parto natural, no parto humanizado e através do *pai grávido*.

Na verdade, eu mesma cheguei até os *lamazistas* através de indicações de médicos humanizados, ou pela minha entrada, ainda que pontual, em eventos ligados à humanização. Segundo Tânia Salem, muitos dos pontos que aparecem no método são recuperados pela geração pós-PSD, tais como o protagonismo da mulher no evento do parto, sua preparação junto a uma rede de especialistas, a ruptura com o *passado* e com as tradições, a presença do pai, a dimensão psicológica e sexual-erótica do evento, a

vinculação à noção de maternidade voluntária, ou seja, a associação com o controle da sexualidade por parte do casal. Vale destacar a importância do papel dos profissionais como instrutores e *professores* é uma das marcas do método psicoprofilático, explícito quanto à necessidade de aprendizagem através do condicionamento, no qual o pré-natal é o momento de preparação para o parto, e a parturiente e o médico compõem uma relação de professor/aluna.

As críticas ao método oriundas do campo psicanalítico e das psicologias de inspiração humanista pós-68, algumas delas de dentro mesmo do campo do PSD, reclamavam o desprezo para com a subjetividade e o inconsciente das mulheres, bem como o *autoritarismo* da relação que se estabelecia entre instrutor – médico – e aprendiz – parturiente, segundo análise de Jocelyne George. Talvez este tipo de crítica tenha contribuído para que a geração contracultural, dos anos 60, tivesse apagado suas relações de filiação com o PSD, ao passo que, do ponto de vista das correntes obstétricas e políticas conservadoras, o processo de apagamento da memória tenha se dado a partir da introdução da analgesia peridural e da operação cesariana que passaram a reivindicar, para si, o monopólio da abolição da dor.<sup>209</sup>

### **Da poesia às evidências científicas: do parto natural ao parto humanizado**

Segundo Michel Odent, declaradamente seguidor de Leboyer, o que este propunha com seus livros *Pour une naissance sans violence* – traduzido por *Nascer sorrindo* – e depois, *Shantala – Massagem para bebês*, dedicado a divulgar as massagens indianas para bebês, não era um método, mas sim uma filosofia, uma *arte*. Para ele, Leboyer foi um *visionário* de seu tempo, que enxergou muito além de seus contemporâneos e, muito poeta e pouco obstetra, teria lançado as bases para que outros pudessem desenvolver, de forma científica, o projeto ao qual o próprio M.Odent tem se dedicado ao longo das duas últimas décadas.

---

<sup>209</sup> Há que se considerar os processos políticos e ideológicos que envolveram o parto sem dor: do ponto de vista da obstetrícia convencional, o termo passou a ser usado como sinônimo de parto com analgesia, a dor tendo sido alvo de um controle fármaco-químico, como aparecem em manuais de obstetrícia bem conhecidos, como o de J. Resende.

Os pontos cruciais da geração pós-PSD fazem coro ao *ethos* individualista libertário que marcou os anos 70: erotização das relações sexuais, ruptura com as instituições tradicionais – família, escola, medicina, Igreja – crítica à medicalização da saúde, entronização da natureza, valorização da liberdade e do espírito de *communitas* de organização. Todos estes valores estão presentes nos textos, nas propostas e no discurso dos nativos do movimento. A ligação do parto humanizado com o parto natural e com o de cócoras no Brasil dos anos 70 é direta, apenas a geração mais recente que postula a humanização o faz, como forma de legitimar-se a partir das recomendações da OMS, fruto da negociação de significados entre vertente alternativa e vertente biomédica.

O termo humanização do parto é mais recente, e passou a englobar as práticas do campo alternativo identificadas anteriormente como parto natural e/ou parto de cócoras ou, ainda, método Leboyer. Durante o trabalho de campo, as associações feitas entre estes termos, inclusive por pessoas de fora do movimento, mostraram o quanto o parto humanizado abarcou estes outros termos, particularmente a denominação *de cócoras*, proposta por Paciornik, médico bastante conhecido do público no Brasil. Seu livro foi reeditado inúmeras vezes pela Editora Brasiliense, e por último pela Rosa dos Tempos que tem relações com o campo de reflexão feminista. *É do oriente que nos vem a luz*, dizia Leboyer, descrente dos chamados avanços do ocidente; *É com as índias que temos que aprender a usar nossos corpos*, recomenda Moysés Paciornik, ambos identificados por Salem como componentes da geração pós-PSD, que propunha a valorização de culturas e práticas não-ocidentais, em uma reinvenção do *oriente*.

Conhecido pupilo de Frédérick Leboyer, Michel Odent tornou-se famoso no meio alternativo brasileiro por sua obra *Gênese do homem ecológico – mudar a vida mudando o nascimento. O Instinto reencontrado*, até hoje uma referência importante para os militantes do movimento. Odent trabalhou com Leboyer na conceituada *Clínica de Pithiviers*, na França, tendo sido um dos maiores divulgadores de sua obra. Na sua interpretação, atribui a Leboyer a paternidade do atual Parto Humanizado.

Leboyer escreveu seu livro em 1974, ano em que também foi traduzido no Brasil,<sup>210</sup>

e sua preocupação com o bebê é declarada. Neste ponto, ele se afasta, radicalmente, de

Lamaze, cujo foco está na mulher, ainda que em sua reflexão faça menção ao bem-estar do casal: sala de parto semi-escura, música ambiental, posições cômodas para a mãe, parto na água, presença do pai, não-intervencionismo. Se o foco de Leboyer é claramente a criança – são fundamentalmente fotos e referências ao bebê compõem seu livro ilustrado – há o entendimento de que ambos os sujeitos e os eventos são faces da mesma moeda. Parto e nascimento, mãe e bebê formam um par perfeito, acrescido da presença constante do pai. Uma das idéias centrais de Leboyer, reiterada por Odent e pelos ativistas atuais da humanização no Brasil, é a necessidade de fortalecer o vínculo mãe-filho e, como corolário disso, mãe-pai-filho, idéia que se disseminou no campo da pediatria de forma marcante, através dos trabalhos dos neonatologistas Klaus e Kennel<sup>211</sup> e de psicanalistas dedicados à causa das crianças, como Françoise Dolto e D.H. Winnicot.<sup>212</sup>

Os dois primeiros autores são referências básicas no campo da pediatria, sendo considerados pioneiros da neonatologia, ramo da pediatria que se consolidou nos anos 70. Esses autores contam como, a partir da observação sobre o trabalho das enfermeiras junto aos bebês prematuros, perceberam fortes relações entre o contato físico e o verbal com os prematuros, produzindo efeitos, claramente, benéficos a seu desenvolvimento. Nessa especialidade, bem como na pediatria em geral, a valorização do vínculo mãe-bebê é vista como primordial no bem-estar do bebê: as *relações pele a pele ou vínculos*, são conceitos, até hoje, utilizados nessa área. Note-se que no âmbito do movimento, a adesão dos pediatras ao ideário da humanização é considerada mais *fácil* do que a dos obstetras que trabalham com o parto; se observamos a lista de associados formais da REHUNA no Brasil, entre os médicos, os pediatras são a maioria, ao lado dos sanitaristas.

A forma pacífica e acolhedora de dar à luz e de nascer, bem como a preocupação com o estabelecimento de um vínculo precoce e forte entre mãe e bebê é uma das grandes preocupações de Leboyer. Nesse ponto, ele faz eco com as preocupações de

---

<sup>210</sup> LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Paris: Seuil, 1974. Traduzido para o português como: LEBOYER, F. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Brasiliense, 1989 (1974).

<sup>211</sup> KLAUS, M; KENNEL, J. *La Relación madre-hijo*. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1978.

<sup>212</sup> Françoise Dolto e D. Winnicot são conhecidos psicanalistas que se dedicaram às questões da infância, sendo bastante citados pelos intelectuais do parto humanizados como referências, em função de sua preocupação com o estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê, ainda no período da gestação. Entre

psicanalistas, psicólogos e neonatologistas que vêm postulando uma psicologia da criança, dentro da noção de que esta é uma pessoa, um sujeito, noção que nos anos 60 e 70, ganhou maior

legitimidade a partir de estudos reconhecidos no campo médico, entre eles a psicanálise. Data também, desta época, a publicação da conhecida obra de Phillippe Ariès, na qual o autor mostra o processo de consolidação da moderna noção de infância, seminal para estudos historiográficos hoje conhecidos como história social da infância.<sup>213</sup>

O espírito individualista- libertário é evidente na obra *poética* de Leboyer, quando defende que o parto é um evento sexual fundamental na vida do casal, a mulher deve ter prazer ao dar a luz, o bebê deve ser recebido em um clima de harmonia, de preferência sorrindo, deve predominar um ambiente de liberdade, a relação médico-paciente deve ser diluída, aos moldes do espírito *communitas* dos anos 60. Deve haver uma preparação para o parto, da qual o pai deve participar – noção de casal igualitário – e o bebê que está a nascer é fruto de uma escolha consciente do casal.

Michel Odent recupera estas idéias e, segundo ele próprio, as desenvolve de um ponto de vista científico. O que Leboyer intuiu ele procurou demonstrar de forma mais científica. Nos seus livros, costumeiramente são citados e comentados, de forma breve, vários pensadores – desde Bachelard até Rudolf Steiner,<sup>214</sup> passando por Freud e seguidores, e mesmo Mao Tse Tung. Odent ainda recupera vários argumentos da geração de 68, tipicamente libertários, para postular a centralidade do nascimento na vida do bebê e a importância do parto na vida sexual da mulher. Desde seus primeiros livros, a preocupação com valores ecologistas e pacifistas está presente, bem como a urgência de construir um *mundo amoroso* é reiterada até resultar no livro *A cientificação do amor*, o qual traz argumentos científicos capazes de comprovar as relações diretas entre a forma de nascer e vida pregressa do bebê.<sup>215</sup>

Ainda que o autor permaneça fiel à sua constante crítica ao modelo convencional de atenção ao parto e ao *ethos* individualista-libertário, tão marcante em seus primeiros livros, havendo, portanto, uma argumentação que se pretende mais científica e interdisciplinar, baseada em dados da ciência e em uma declarada interlocução com a comunidade científica hegemônica. Assim, Odent atribui uma importância decisiva à ação de determinados hormônios, dando especial destaque à presença do ocitocina nos eventos que envolveriam o

<sup>213</sup> ARIÈS, P. *História social da infância da família e da criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979(1973).

<sup>214</sup> Reconhecido como o criador da Antroposofia, filosofia que norteia práticas ligadas à saúde, alimentação e educação (Pedagogia Waldorf), conhecidas como antroposóficas.

<sup>215</sup> ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem, 1999.

sentimento identificado, por ele como *amor*. Esse hormônio é liberado pela mulher no momento do parto, mas também por ocasião da amamentação e do orgasmo. Desta forma, Odent procura mostrar que há bases orgânicas para que o amor seja um sentimento fundamental na vida humana, articulando eventos como orgasmo, parto e amamentação, sugerindo a associação entre sexualidade e reprodução:

A ciência agora revela que as diversas formas de amar na verdade estão integradas, já que os mesmos hormônios de comportamento ocorrem durante a relação sexual, parto e amamentação. Entender este conceito (cientificação do amor) nos ajuda a ter a noção do preço que a raça humana pagou pela civilização, culminando com freqüentes problemas atuais de baixo apetite sexual, dificuldades no parto e amamentação<sup>216</sup>

A reificação do amor, como uma categoria universal, é uma das idéias bem-aceitas entre os ativistas do movimento. Pude observar o entusiasmo de uma grande platéia em uma importante Conferência Internacional em que ele reitera um dos argumentos centrais de sua obra, descrita no capítulo “a fisiologia do amor romântico”: “...os antropólogos estão convencidos, agora de que o amor romântico é universal e não um produto de culturas particulares como a cultura medieval ocidental. Um levantamento apresentado na AAA, em 1992, encontrou o amor romântico em 147 culturas, num total de 166.”<sup>217</sup>

Referindo-se a esse estudo, embora sem citar sua fonte, Odent segue sua argumentação, buscando estabelecer correlações entre comportamentos destrutivos e problemas ocorridos na hora do parto. Ele mostra prováveis associações entre consumo abusivo de drogas, suicídio e violência com vários tipos de problemas na gestação e no parto, vividos pela mãe:

Suicídio adolescente, antes quase desconhecido, é outro problema específico do nosso tempo. Lee Salks e colegas de Nova Iorque pesquisaram os antecedentes de 52 vítimas de suicídio adolescente que morreram antes de vinte anos e os compararam com 104 controles. Descobriram que um dos principais fatores de risco para se cometer suicídio na adolescência era a ressuscitação no parto. Bertil Jacobson, na Suécia, estudou como as pessoas cometem suicídio. Em seu estudo ele reuniu dados sobre registrados e parto de 412 casos forenses abrangendo vítimas de suicídio e os comparou com 2901 controles. Ele descobriu que os suicídios que envolviam asfixia através de meios violentos estavam associados a partos difíceis do ponto de vista mecânico (...) Adrian Raine e sua equipe, na Universidade de Los Angeles, Califórnia, acompanharam 4. 269 sujeitos masculinos nascidos no mesmo hospital em Copenhague, e

---

<sup>216</sup> Op. cit, p.2.

<sup>217</sup> Op. cit, p.56

descobriram que o principal fator de risco para se tornar um criminoso violento aos 18 anos era a associação de complicações no parto e separação precoce ou rejeição pela mãe. Separação-rejeição precoce da mãe, por si só, não era um fator de risco.<sup>218</sup>

A citação de inúmeras pesquisas e de muitos autores de vários campos de saber contribui para que o livro adquira legitimidade junto aos ativistas do movimento. Embora o autor recorra a termos pouco taxativos, preferindo falar em tendências, propensão, possibilidades, todos reforçam a idéia de que “para mudar a vida – é preciso mudar a forma de nascer”, lema que circula entre os ativistas da REHUNA – desde sua criação (é, por exemplo, a epígrafe da *Carta de Campinas*, documento fundador da REHUNA). Para Odent, haveria uma relação intrínseca, causal e mesmo determinista entre a forma de nascer e vida ulterior, aí incluída a própria forma de morrer: Quando se observa os antecedentes de pessoas que demonstraram danos na capacidade de amar – seja esta capacidade para o amor por si quanto para os outros – parece que a capacidade de amar é determinada em grande extensão pelas experiências precoces, durante a vida fetal, e no período que cerca o nascimento.<sup>219</sup>

Estes argumentos não apenas fazem parte do livro, como foram proferidos na última conferência do autor no Brasil, em 2002, *Conferência Ecologia do Parto e do Nascimento*. De certa maneira, Odent faz eco a inúmeros estudos que vêm sendo feitos no campo da neuropsiquiatria e mesmo da psicanálise, que apontam para a vida intra-uterina como um momento em que há uma intensa comunicação entre o feto e contexto extra-uterino, notadamente centrado na figura da mãe. No entanto, a forma determinista com que é feita esta associação não parece estar de acordo com os princípios fundamentais da psicanálise e de outras correntes da psicologia que, justamente, constituem-se a partir da noção de capacidade de elaboração simbólica frente a eventos traumáticos dos seres humanos. Na verdade, ele não entra nesta discussão, talvez pelo tom fortemente ideológico de sua obra, e pela centralidade do parto e do nascimento em suas proposições.

A noção de que o parto é um evento fisiológico atravessa toda sua obra, bem como a concepção que ele traz da etnologia e da cultura, remontando à tradição evolucionista, na qual ele vê *cultura* como uma especificidade humana que tem atrapalhado o processo de nascer. Na contracapa deste mesmo livro, encontramos a pergunta: *Por que todas culturas*

---

<sup>218</sup> Op.cit, p.16.

*atrapalham ritualmente o primeiro contato entre a mãe e seu bebê recém-nascido?* A resposta seria dada pela etnologia, que é vista como possuidora de um enorme acervo de dados sobre gravidez e parto, relativos às diferentes culturas, especificamente, no que tange ao processo do parto e do nascer, noção que já estava presente em seu livro de 1976, no qual ele argumenta que culturas não-ocidentais e mais antigas faziam verdadeiras atrocidades no momento do parto:

*Chez des nombreuses peuplades d'Afrique, on demandait à la parturiente de tirer une corde, ou on la faisait souffler dans unealebasse. Si l'accouchement tardait, on essayait la femme sur le cul d'un chaudron et, tandis que'elles se cramponnait aux potences de la case, ou lui passait auotur du ventre une pièce d'étoffe qu'un ainde tirait de toutes ses forces, en s'appuyant des pieds sur les reins de la partuiente. Ao Loango, on couche la parturiente sur le ventre et on la piétine. Au besoin, on lui ferme la bouche et le nez, la malheurese se débat et cette lutte a pour pu d'abreeger le travail. Toutes ces manouvres sont accompagnés éventuelement d'un tam-tam. Les mexicaines combinent les dilatations, les massagens. Les compression et les secousses. La 'partera' dilate la vulve et masse l'abdomen, tandis que la 'tendera' placée en arrière, comprime le ventre de la parturiente et la secoue violemment(...). Nous n'insisterons pas sur les soins qui de tout le temps on été prodigués au nouveau-né. Il y a quelques décennies les flagelation de l'enfant tenu par les pieds, les frictions énergiques, les arrosages à l'alcool ou à l'éther, les bains énergiques, les bains chauds et froids alternés etainte couramente utilisés des que le nouveau-né était quelque peu ét'étoné. Il est difficile de se séparer complètement du passé.*<sup>220</sup> (grifos meus)

Nesta rápida passagem por várias culturas que seriam representativas do passado, Odent fala de a H. de Lalong, que parece ser sua referência nessa *coleção de dados etnográficos* supra-citados. Reiterando um dos valores fulcrais do ideário – a mudança – ele argumenta que na sua Maternidade, fora feito um museu, contendo os instrumentos do passado, a fim de que as pessoas pudessem conhecer formas antigas de atenção ao parto e seus instrumentos.

A proposta de mudança do autor baseia-se em uma estratégia *pacifista* de consentimento que deveria começar pela leitura da obra de Leboyer, visto que trabalharia com a sensibilidade do leitor, para depois, pouco a pouco, irem sendo introduzidos as racionalizações e os dados científicos, uma estratégia que tem predominado, em linhas

<sup>219</sup> Op. cit.p.6.

<sup>220</sup> ODENT, M. *Bien naître*. Paris : Seuil, 1976. pg.122.

gerais, na REHUNA, nos últimos anos, reportando-se à noção de que há um processo evolutivo em curso e que as pessoas devem ser *despertadas* ou sensibilizadas para as transformações que estão a caminho.

Embora recupere autores tão diversos, inclusive etnólogos e, várias vezes, aporte a Freud, a visão de M. Odent acerca do que seja *cultura* é bastante reducionista e pessimista, e não parece vincular-se aos campos disciplinares com os quais ele dialoga história, etnologia e psicanálise. Considerando a cultura como nefasta ao bom andamento do parto, o autor argumenta que as mulheres devem recuperar a animalidade perdida, idéia que está presente no *ethos* da geração de 68 e no mundo alternativo, e que traduz o romantismo e o neo-romantismo que caracterizam esse grupo. Mas, diferentemente das autoras que postulam a necessidade de recuperar instintos e saberes perdidos ao longo dos séculos, como vimos anteriormente, em Odent não há referência a essa dimensão; ao contrário, o autor é taxativo quanto à negatividade da cultura no processo do nascimento:

*As culturas atrapalham o processo fisiológico do parto quando negam a necessidade de privacidade dos mamíferos: todos os mamíferos desenvolvem uma estratégia de não serem observados quando dão à luz. (...) seriam necessários vários volumes para apresentar um estudo abrangente das características de um grande número de culturas em relação à maneira como elas desafiam o instinto protetor materno durante o sensível período pós-parto. Uma conclusão simples pode ser traçada a partir de um rápido exame dos dados que temos à disposição: quanto maior a necessidade social e de agressão e a habilidade para destruir a vida, mais invasivos tem-se tornado os rituais sobre o período que cerca o parto.*<sup>221</sup>

Já nos primeiros livros, encontramos a idéia de volta às origens – origem remota, ancestral, não-histórica, e fora da cultura –, o que faz com que ele postule um parto na *sala selvagem*, onde sejam *liberados* os movimentos e as emoções das mulheres e onde o bebê possa manifestar seus sentimentos, particularmente através do grito.

Por outro lado, a partir da noção de *animalidade* a ser recuperada pela mulher na hora do parto, Odent não pensa, ao contrário da maioria dos ativistas da REHUNA e Movimento, que o pai deva, necessariamente, estar presente no evento do parto. Uma vez que postula a capacidade inata das mulheres darem à luz, na condição de fêmeas e mamíferas, ele sugere que o incentivo ao parto do casal pode ser perigoso já que na sua opinião “parece que a maioria das sociedades tradicionais e entre nossos primos

---

<sup>221</sup> op.cit,p.24.

mais próximos, os chimpanzés, o início da vinculação entre o macho adulto e o bebê é, até certo ponto, indireto, via vínculo com a mãe”.<sup>222</sup> Tal ponto contraria, fortemente, um dos valores mais caros ao Movimento que é, justamente, o ideal do casal grávido e da participação do pai no processo. Em que pese esta notável dissintonia, Odent é certamente, o maior consenso entre as diferentes vertentes, uma espécie de *Fritjof Capra* do parto humanizado, ou seja, um cientista que chega às mesmas conclusões atingidas pelos alternativos, por uma via espiritual e holística.

Michel Odent é um dos mais importantes ideólogos do movimento do parto humanizado: ele é lido, comentado, referido. Seu *site* sobre *Saúde Primal* é acessado pelos ativistas; seus vários livros são emprestados e a maior parte dos eventos do Movimento, de caráter internacional, feitos no Brasil e na Argentina nos últimos anos, tem contado com sua participação. No prefácio de seu último livro *O camponês e a parteira*, ele estabelece uma relação direta entre a agricultura orgânica da linha antroposófica (biodinâmica) e o parto humanizado, também explica as razões de seu apreço pelo Brasil: o fato de ser um país gigantesco aos olhos da Europa, o fato de ter um modelo de industrialização que eliminou as parteiras e as substituiu por técnicos que fazem cesarianas (obstetras). Mas, além disto, ele considera que, no Brasil, surge uma nova consciência em relação ao parto e há um resgate do autêntico ofício da parteira, expresso nas várias conferências das quais ele participou, e ainda “às não menos importantes características culturais brasileiras que produziram o samba e que estão ameaçadas de ser alteradas e reformuladas pelos efeitos a longo prazo da industrialização do parto” (p. 16). Odent é uma espécie de passaporte para o parto humanizado: referir-se às suas idéias como sendo também *nossas* ou parte de nossas crenças, confere um sentimento de pertença dentro do movimento.

Dentro da concepção de que o parto é um assunto de mulheres, porque é da sua natureza dar à luz, Odent postula em seu último livro – menos marcado pela crítica radical ao passado, como vimos antes – que as parteiras ou qualquer mulher que tenha tido sucesso em seus próprios partos pode auxiliar as demais – se necessário – ,na tarefa de parir. Assim, em *O camponês e a parteira* ele se refere à diferença entre as *midwives* ou *sage-femmes* e as *parteiras autênticas*, ou seja, distantes da forma industrializada de pensar, viver e de parir. Correndo o risco de desagradar seu público cativo de enfermeiras obstétricas e

---

<sup>222</sup> ODENT, M, op. cit., p. 45.

*midwives*, radicaliza sua concepção de inatismo e destino *fisiológico da mulher*: “Algumas mulheres dão à luz em casa, sozinhas (...) Sabem intuitivamente que a autoconfiança junto com a privacidade absoluta, cria as melhores condições possíveis para um parto fácil (...) Devemos nos dar conta de que, apesar de milênio de partos controlados culturalmente, ainda existem mulheres em contato com suas necessidades mamíferas mais arcaicas.”<sup>223</sup>

Há outros livros que circulam entre os adeptos, a grande maioria espécies de manuais que, primeiramente apresentam o problema do parto *tecnologizado* ou *industrializado* em suas diversas versões, para, depois, demonstrar, com farto uso de fotos, desenhos e imagens, uma série de exercícios físicos e respiratórios, bem como dicas de alimentação, posições sexuais e medicina natural – chás, ervas, cremes – para os desconfortos da gravidez, etc. Referências a partos, em outras culturas, e também às parteiras são citadas, freqüentemente, embora elas representem, antes uma espécie de mito de origem e não uma personagem a ser resgatada sem passar pela mediação da modernização.

Alguns destes livros são escritos por mulheres e inserem o assunto em uma perspectiva mais ampla que se aproxima do feminismo. É o caso explícito de Sheila Kitzinger, que parece ter sido uma das referências para as fundadoras da REHUNA e, ainda hoje, circula no âmbito do movimento, mas não na mesma proporção dos livros e idéias de Odent. Apenas dois de seus livros foram traduzidos ao português, por uma editora portuguesa, sendo um deles, também pela Brasiliense. Sheila Kitzinger é antropóloga e feminista, e trabalhou com casais na preparação para o parto, para a maternidade e paternidade na Inglaterra nos anos 70 e 80. Nos livros destinados ao grande público, ela reitera que o parto é sempre um fenômeno cultural – além de biológico e psíquico – e alvo de rituais.

Para a pesquisadora, em nossa sociedade não existem atividades ritualísticas, que celebrem os processos de gravidez, unindo pais e famílias em torno do nascimento; ao contrário, a medicalização e racionalização da sociedade fizeram do parto um evento médico e da grávida, uma doente. Nesse sentido, ela postula a necessidade de romper com essa concepção, criando espaços de discussão e preparação para o parto dedicando-se a

---

<sup>223</sup> ODENT, M. *O camponês e a parteira*. São Paulo: Ground, 2003. p. 145.

*incutir autoconfiança nas mulheres – e não ensinando receitas ou fórmulas mágicas a serem seguidas.*<sup>224</sup> Para Kitzinger, afinada com o debate feminista à época, a maternidade é um trabalho social da maior importância, e para tal as mulheres deveriam ser preparadas, não pela medicina, nem por manuais, mas por grupos de orientação psico-sexual, trocando experiências afetivas entre si – inclusive aquelas consideradas *ruins*, como raiva, depressão, desânimo, que também envolveriam a experiência da maternidade.

S. Kitzinger ainda compartilha do valor do *casal grávido* e da importância da presença do parceiro/companheiro no processo da gestação, alvo de seu trabalho. O pai é visto como peça fundamental no processo, uma vez que – enquanto feminista – a autora postula participação e responsabilidade dos pais/homens no que se refere aos cuidados com os filhos, desde a gestação. Apoiada no caso Arapesh, em que os pais têm uma grande participação na gravidez, a autora critica o papel secundário exercido pelos os homens no âmbito do parto moderno hospitalar, e aponta para uma interpretação psicossomática da *couvade* moderna, que acometeria muitos homens em função de seu lugar subalterno no processo do parto e do costume de reprimir e esconder emoções, vistas como sinais de fraqueza e de feminilidade.<sup>225</sup>

O outro livro, que se insere em uma perspectiva feminista, é o da inglesa Janet Balaskas, uma das fundadoras do *International Home Birth Movement*, ativista do parto ativo e autora de um livro homônimo, traduzido pela mesma editora portuguesa, prefaciado por Odent e por Kitzinger, uma verdadeira *raridade* no campo do Movimento, na medida em que se trata de um livro de grande prestígio, mas de difícil aquisição, parecendo circular menos entre os médicos e mais entre psicólogas, feministas e parturientes, além de constar das referências do manual do Grupo Curumim *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Neste guia, J. Balaskas defende a posição ativa da mulher no parto, de forma a assumir o controle do processo a partir de uma reeducação que permita recuperar seus *próprios instintos*. Um dos aspectos que chama atenção nesse livro, bem como no de S. Kitzinger, é o fato de ambos sublinharem os direitos das mulheres, entre eles, o de uma sexualidade prazerosa – e nesta se inscreve o parto – e de um atendimento de qualidade.

Os livros escritos em inglês e /ou em francês, e mesmo os vídeos sobre o tema têm sido traduzidos por pessoas ligadas ao Movimento e à REHUNA, mostrando o quanto este

---

<sup>224</sup> Cf. KITZINGER, S. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença: 1978. p. 75.

investe na questão ideológica e na articulação com os ativistas de outros países. Há, ainda, um conjunto de livros escritos por psicólogas terapeutas de tipo alternativo, como *Meditação para gestantes*, da instrutora carioca de Yôga, Fadyinha, e, mais recentemente, alguns CDs e vídeos têm sido produzidos sobre o assunto.



Figura 1 – Mulher

grávida<sup>226</sup>

Livros, CDs, panfletos, folhetos, cartazes e vídeos sobre parto e nascimento humanizado são ricos em imagens e sons da natureza, bem como, são recorrentes fotos, pinturas e desenhos de mulheres grávidas, dando à luz e amamentando. As imagens sugerem a construção de uma estética do parto,<sup>227</sup> ou a construção do que Claudia Fonseca chamou de *Belo Parto*, ou *parto de livro*, como se diz entre os *rehunidos*.

Rompendo com a tradição pessimista de um corpo feminino condenado ao sofrimento e à dor, constitutivo da medicina da mulher, essas imagens apontam para

<sup>225</sup> Ibid. p. 80.

<sup>226</sup> MACIEL, M.; SILVA, L; MACIEL, V. *Nove luas, lua nova*. O espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida. Niterói: Gráfica La Salle, 1997.

<sup>227</sup> Esse aspecto faz parte da pesquisa que vem sendo desenvolvida por Heloisa Souza sobre partos domiciliares na Ilha de Santa Catarina, junto ao Programa de pós-graduação em Antropologia da UFSC.

posturas verticais, variações da nudez feminina e associação com a sexualidade. Introduzindo elementos associados ao parto (barriga e seios crescidos), esta estética faz eco às representações dominantes da beleza feminina em nossa sociedade: são mulheres magras, esguias, em geral brancas, sorridentes e tranqüilas, como na figura acima, ou ainda, cenários familiares onde aparece o pai e outro/a filho/a ao redor da mãe e do bebê, como veremos no capítulo V.

De todos os elementos, o que mais chama atenção neste vasto conjunto de obras, manuais e mídias, é a forma como suas autoras e autores trabalham a questão da preparação para o parto. Embora distantes dos métodos pavlovianos, compartilhados por Lamaze, muitos deles estão muito próximos daquele modo, sobretudo a partir da noção de que é possível, durante a gestação, fazer as mulheres desaprenderem os maus ensinamentos ocidentais e recuperarem seus instintos perdidos. Creio ser este um ponto crucial do movimento, que aponta para a presença do eco-feminismo ou de um tipo de feminismo essencialista, na medida em que se sustenta na noção de instinto feminino, como se vê a seguir: “Em nenhum momento, o instinto profundo de fêmea fala tão alto, ela se transforma.(...) *Algumas mulheres, deixadas a mercê, vão instintivamente saber o que fazer durante o trabalho de parto, mas muitas de nós, que não temos exemplos a seguir precisam ser conscientizadas sobre a possibilidade de uso de várias posições verticais a fim de descobrir nossos instintos.*”<sup>228</sup> (grifos meus)

A autora, de um lado, acentua que precisamos compreender a necessidade de técnicas corporais, ou seja, que é preciso educar o corpo para o parto ou, nos termos nativos, *reeducar* o corpo da *mulher ocidental* para o parto natural/fisiológico. A idéia de *deseducação* supõe haver um instinto ou uma essência, natural, que teria sido perdida com o processo civilizatório ou seus equivalentes; um processo que, para esta autora, uma ativista do Movimento, teria sido retirado das mulheres: A habilidade natural de dar à luz e a maternidade não são mais transmitidas de mulher para mulher, de geração para geração. (Mas) podemos retomar nossa ligação com nossa herança feminista primitiva ao reeducar nosso corpos com os hábitos, movimentos e as posturas instintivas para a mulher que gera um bebê.<sup>229</sup>

Esta também é a idéia de Moysés Paciornick, que defende não só em seu livro, mas

---

<sup>228</sup> BALASKAS, J. *Parto Ativo*. São Paulo: Editora Ground, 1989. p. 24.

em suas conferências, a necessidade de exercitar o corpo e os órgãos genitais forma a de desenvolver os músculos e os órgãos necessários para dar à luz de cócoras e para o prazer sexual. M. Paciornik tornou-se conhecido do público através de seu livro *Parto de Cócoras: aprenda a nascer com os índios*, no qual relata sua experiência, como médico, em campanhas de prevenção de câncer ginecológico nas reservas indígenas de Ibirama e Xanxerê, sul do Brasil, nos anos 70.

Nesse trabalho, ele se mostrou bastante impressionado com o modelo de vida dos índios kaigang e guarani, e, particularmente, com a saúde das mulheres indígenas que examinou. Em seu livro, ele argumenta a superioridade do parto indígena, feito de *croque* (cócoras), e que se mostrava benéfico para a saúde ginecológica das mulheres. A partir dessa experiência, passou a atender partos de cócoras em sua clínica Casa de Saúde Paciornik, em Curitiba, juntamente com seu filho, Cláudio, também obstetra e homeopata. Moysés Paciornik foi docente da Clínica Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Paraná e da Escola de Higiene e Saúde do mesmo Estado, tendo sido um dos criadores do Centro Paranaense de Pesquisas Médicas, em 1958.<sup>230</sup>

Inspirado em seu trabalho, feito em reservas indígenas no Sul do Brasil, Paciornick atribui a saúde das mulheres kaigang e guarani, no que diz respeito à reprodução, aos bons usos que elas fazem de seus corpos, exercitando-se, continuamente, e acocorando-se ao invés de se sentarem em cadeiras, símbolo do retrocesso que a civilização ocidental teria significado para a humanidade. Além de explicar detalhadamente – no livro e em palestras para o grande público – os efeitos de uma vida sedentária, representada pelo mau hábito de sentar em cadeiras, Paciornik costuma ensinar ao público costumes que aprendeu com os kaigangs, a partir dos quais criou a ginástica indígena:

---

<sup>229</sup> Op. cit. P. 12

<sup>230</sup> . Cf. PACIORNIK, M. *Parto de Cócoras* (aprenda a nascer com os índios). São Paulo: Brasiliense, 1979.

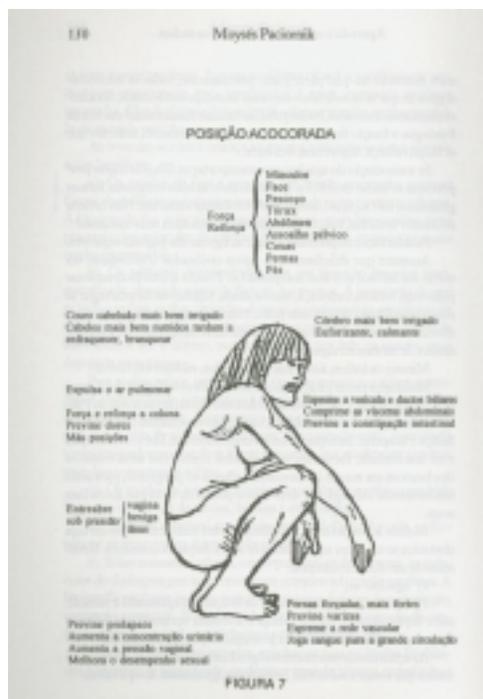


Figura 2 - GINÁSTICA INDÍGENA<sup>231</sup>

Mesmo nos congressos da área médica,<sup>232</sup> Paciornik costuma introduzir seus argumentos, fazendo referências à situação atual dos povos indígenas, fruto de um processo histórico caracterizado, em linhas gerais, pela expropriação da terra, aculturação, invisibilidade das mulheres indígenas nos relatos que falam das populações nativas do Brasil. Ao mesmo tempo, ele argumenta a superior qualidade de vida deste povo, em função de seus costumes, o título de seu livro já expressa bem este aspecto: *Aprenda a nascer com os índios*. Na edição mais recente, tal título é mais amplo: *Aprenda a nascer e a viver com os índios: parto de cócoras, ginástica indígena e desempenho sexual*.

A reedição sob novo título apóia-se na ênfase dado pelo autor às correlações entre parto e sexualidade, a partir de uma análise bio- fisiológica de ambos os processos. De certa forma, sua posição é similar à de Odent: tanto o parto quanto no prazer sexual seriam fenômenos semelhantes, pelo menos do ponto de vista médico: a expulsão do bebê, a ejaculação e o orgasmo feminino, mostrando que não apenas seria liberado, nessas

<sup>231</sup> Ibid., p. 5-6.

<sup>232</sup> Por exemplo, no seminário feito na UNICAMP, em 1984, e que resultou na edição de um livro da série Saúde da Mulher. Cf. PACIORNIK, M. Brasilidas. Aspectos antropológicos. Condutas alternativas do parto. In: PINOTTI, José A ; SABATINO, José Hugo,(Orgs.). *Medicina perinatal*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1987.

ocasiões, o mesmo hormônio ocitocina, alvo das reflexões de Odent, mas uma série de outros processos, que teriam sido observados em outros animais e, segundo a perspectiva do autor, também seriam similares aos dos humanos:

*Creemos que la expulsión fetal, las contracciones del orgasmo y la eyaculación espermática del hombre se procesan en la misma forma. Segundo la hipótesis que afirmamos, son iguales, se continúan, se complementan, destinados a un único propósito: el parto fetal. Basamos tal afirmación en la verificación de una serie de factores comunes a los tres fenómenos: a) los orgasmo que intervienen son idénticos; b) tienen el mismo origen embriológico; c) sus mecanismos se asemejan; d) su enervación es común; e) sufre inducción refleja; f) todavía pensamos que solo una hormona rige todo su funcionamiento: la ocitocina.*<sup>233</sup>

Um ponto que chama a atenção, particularmente em M. Paciornik, é a associação entre sexo e reprodução: o parto é visto como fruto de um ato reprodutivo e prazeroso, não havendo uma dissociação, nesse caso, entre fins reprodutivos e fins sensuais.

Os exercícios e técnicas que visam ensinar posturas corporais às gestantes, contrastam com a noção de que há um instinto a ser recuperado, ou de que a capacidade de parir de forma tranqüila e *natural* é inata, espontânea e até mesmo, *fora da cultura*. A valorização da espontaneidade é moeda corrente no Movimento, e a necessidade de *des-repressão* e liberdade devem ser entendidas neste contexto. A noção de fisiologia do parto aparece associada à noção de intimidade e de liberdade de movimentos, as mulheres *sabem profundamente como parir*, mas precisam *entrar em contato consigo*. Flavinho, entre tantos outros ativistas que costumam associar a posição do parto com as relações sexuais, diz o seguinte:

Então não é o conhecimento, é a mesma coisa que ensinar a transar. Por isso que quando tu prepara para o parto nem toda a preparação serve para todo mundo. As preparações tinham que ser individuais. *Não insista, cada um tem seu jeito*. Então o que o médico tinha que fazer? Não encher o saco, dar todas condições para que *a pessoa que tá parindo entre em harmonia consigo mesma, assim, no seu ritmo*. Então não atrapalhe a parturição – isso é o básico. (Flavinho, médico, Florianópolis) (grifos meus)

O médico refere-se aqui, ao *inner-self* / *soi même* da mulher, que deve ser respeitado, ou cuja manifestação deve ser incentivada. De um lado, ele aponta para a

<sup>233</sup> PACIORNIK, M. *Factores idénticos en la expulsión fetal y en el pasaje espermático y orgasmo*. Trabalho apresentado no Terceiro Congresso Peruano de Obstetrícia e Ginecologia. Lima, 1968. p. 1.

capacidade de a parturiente *dispensar os especialistas, mas ao contrário, de que o processo do parto implica um trabalho de construção deste ‘consigo mesm’*

A comparação entre parir e transar é referida por S. Kitzinger: o parto, tal qual as relações sexuais, é visto como um fenômeno espontâneo e natural, sendo que essa noção de espontaneidade, natureza ou instinto engloba a noção de subjetividade:

A paternidade é um pouco como o sexo, na medida em que, embora ocasionalmente seja divertido experimentar novidades, demasiadas leituras sobre os objetivos a atingir e as técnicas a utilizar podem provocar um amontoado de conhecimentos desconexos e resultar numa estranha insatisfação ou ressentimento. *A maternidade como dom natural, tal qual a sexualidade espontânea, é demasiado precioso e subtil para que a análise se venha interpor entre o pensamento e a ação*, ou para que o esplendor da relação entre mãe e filho seja organizado de acordo com um plano cuidadosamente concebido.<sup>234</sup> (grifos meus)

O *intelectualismo* é visto como nefasto, pois inibe a expressão de uma interioridade, ou nas palavras de Flavinho: *o jeito de cada um*, e a possibilidade de estabelecimento de um laço particular – e esplêndido, para a autora – entre cada mãe e cada filho. A crença em uma interioridade, próxima da espiritualidade, aparece também, como um atributo das parteiras, conforme o fragmento abaixo:

Hoje sabemos que há uma *fonte de conhecimento no íntimo das pessoas. Uma parteira, quando ajuda uma mulher a dar à luz, sabe buscar essas fontes onde encontra coragem, intuição e a inteligência que a levam a desenvolver várias habilidades e a fazer o que tem que ser feito por aquela mulher. Essas mulheres nos inspiram a despertar nossa sensibilidade a fim de compreendermos a fisiologia como um mistério e valorizar mais o órgão da criação que se encontra no ventre oculto das mulheres.*<sup>235</sup>

Para os *rehunidos*, a recusa à medicalização excessiva teria a ver com a possibilidade de existir um parto puramente fisiológico no entanto, extremamente rara e de difícil comprovação já que, desde sempre, os seres humanos vivem em grupos, salvo experiências de *laboratório*, isolando, propositalmente o ser humano das relações sociais.

<sup>234</sup> Cf. KITZINGER, S. op. cit., p. 16.

<sup>235</sup> CARNEIRO, L.M; VILELA, M.E. Parteiras da floresta. In: JUCÁ,L.;MOULIN, N. (Orgs.). *Parindo um novo mundo*. Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez/UNICEF. 2002, p.86

Com base nessas colocações, creio que aqui se o ideário do parto natural vai ao encontro a um dos princípios básicos da psicoprofilaxia pavloviana, divulgada por Lamaze, e que afirma ser preciso educar o corpo e a mente para um parto sem dor ou, nos termos atuais, de cócoras, natural ou humanizado. É preciso construir este corpo de forma adequada – da ginástica indígena às posições da yôga, das *caminhadas no areião* feitas por Natureza, citada na Introdução do presente texto, até as relações sexuais entre o casal grávido, como forma de manter os músculos e os hormônios em funcionamento.

Os autores dos livros, vídeos e manuais, quando falam em fisiologia, instinto ou natureza feminina, não excluem de suas recomendações a necessidade de (re) aprender a parir – seja este aprendizado feito a partir de outros povos: os indígenas, para Paciornik; outras culturas não – ocidentais, para Sheila Kitzinger; os não-tecnocráticas, para Robbie Davys-Floyd, e mesmo para Brigitte Jordan. No âmbito do trabalho de base, feito pelas *rehunidas* da vertente alternativa-feminista que será descrito no capítulo V, também haveriam conhecimentos acerca de uma fisiologia ou instinto feminino das parteiras tradicionais junto às culturas populares, rurais e/ou indígenas.

A noção de que é necessário *reeducar* o corpo através de técnicas e exercícios específicos, é uma das idéias centrais do Parto Sem Dor. Em que pesem os diferentes conteúdos, se relacionamos as noções de espontaneidade, instinto e intuição do Parto Humanizado, o método de preparação para o parto irá se constituir em uma desmistificação de idéias antigas, relacionadas ao parto como doloroso e à mulher como incapaz, o que passaria por uma programação psicológica e pelo preparo corporal das gestantes – desde a gravidez até o momento do parto. Temos, assim, um conjunto de técnicas corporais que, uma vez não compo o repertório da socialização espontânea ou informal das mulheres de hoje, necessitam ser ensinados, formalmente. Daí a existência de cursos, leituras, e vídeos que compõem uma espécie de pedagogia do parto.<sup>236</sup>

---

<sup>236</sup> Mauss aponta para as formas de aprendizado dos usos do corpo em dois sentidos: um *espontâneo* e outro, induzido, de forma muito similar ao que se observa no que tange ao parto: algumas mulheres não precisam aprender os usos culturais do corpo, *pois já os interiorizaram em seu processo de socialização primária*; outras, no entanto, precisam de uma intervenção orientada dos adultos. Cf. MAUSS, M. As técnicas corporais. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974: p.52- 69.

Na verdade, se há uma entronização de uma noção de Natureza, essa não exclui cuidados corporais que apontam para um processo de construção do corpo, da beleza e das escolhas ligadas à sexualidade e à reprodução. Entre os *rehunidos e rehunidas*, não são incomuns referências às cirurgias plásticas e à fertilização *in vitro*, por exemplo. Essas não aparecem como contraditórias ao postulado de uma vida e de uma saúde natural. *É bom estar entre pessoas bonitas*, era o que dizia, freqüentemente, Antônio, por ocasião dos eventos e das reuniões da REHUNA. Beleza esta tributada, pelo menos, em parte, a um significativo trabalho de construção de um corpo belo e sadio, através de exercícios, esportes, terapias, plásticas, cosmética, enfim, cuidados corporais relacionando saúde e embelezamento.

Certamente há heterogeneidades quanto às formas de constituir uma noção de natureza no Movimento, algumas mais radicais quanto ao uso de métodos e técnicas invasivas e outras menos; no entanto, creio que é possível falar em um consenso, particularmente no que tange aos processos do parto, da gestação e do puerpério. Um caso bastante comum entre aqueles casais em que há infertilidade é a busca de novas tecnologias de reprodução, para garantir uma maternidade *sangüínea*, sendo que, após a fertilização *artificial*, a gestação e o parto são vividos da *forma mais natural possível*. Há vários relatos deste tipo no âmbito do Movimento, e eles apontam para uma noção de natureza que entende a maternidade como um desejo fundamental, ainda que, para sua efetivação sejam necessárias intervenções altamente invasivas, como as novas tecnologias da reprodução, cujas conseqüências, para a saúde, muitas vezes as próprias mulheres desconhecem.<sup>237</sup>

A questão da contracepção, ponto pacífico entre o grupo, também tem sua visão particular do que seja *natural*: é praticada pelos ativistas na vida pessoal e também nas atividades de assistência, na medida em que compõe o rol de recomendações humanizadoras: o acesso à contracepção é considerado fundamental no ideário da humanização, pois se postula que os filhos devem ser fruto da escolha do casal.

Nos cursos de capacitação para parteiras, bem como nas rotinas hospitalares das maternidades humanizadas, os diversos métodos de planejamento familiar são apresentados às usuárias no pós-parto, as quais podem, ainda na Maternidade, fazer os encaminhamentos

---

<sup>237</sup> Cf. TAMANINI, M. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: GROSSI, M. PORTO, R; TAMANINI, M. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas*. Questões e desafios. Brasília: ANIS, 2003.

relativos ao assunto – agendamento de consulta, informações, etc.. À exceção da laqueadura, todos os demais métodos contraceptivos fazem parte do rol de escolhas das mulheres e do casal. Esse é um ponto de notável convergência da REHUNA com as demandas do feminismo no Brasil e com os adeptos do Parto Sem Dor, o qual também está, ainda que menos explicitamente, relacionado com a defesa da contracepção e com o planejamento familiar.

A maternidade é vista como uma *escolha*, não como um destino; fruto do *desejo do casal* e parte central de um projeto familiar – tal qual vimos na narrativa de Natureza e Otávio. Esta noção já estava presente no Parto Sem Dor, embora de forma muito mais tímida, pois as gerações do parto natural e do nascimento sem violência, bem como do Parto Humanizado atual, surgiram após os movimentos de 68 e a contracultura, muito mais influenciadas pelo neo-feminismo e pela revolução sexual, foram grandemente beneficiadas com a popularização da pílula e de outros métodos modernos de controle da fecundidade.<sup>238</sup> Com efeito, o Parto Humanizado postula uma noção de natureza que, de um lado enaltece a maternidade, mas, de outro, a entende enquanto escolha, como um respeito à fisiologia do corpo feminino, dentro da noção de que o corpo deve ser treinado, educado e construído enquanto um corpo saudável e belo.

Vale salientar que, apenas em Michel Odent, como vimos antes há uma visão diferenciada, no que tange a esses temas. Mas mesmo dentro de sua visão determinista e reducionista, há, referências aos aspectos sociais e construcionistas do parto. Em seu último livro, intitulado *O camponês e a parteira*, ele faz referência ao que chama de *fonte de conhecimento íntimo*, que seria despertada pelas parteiras, provavelmente expressando que sua interlocução com o Movimento tem tido efeitos em sua própria produção.

---

<sup>238</sup> Há uma reflexão que não será feita nesse estudo acerca das posições da Igreja Católica quanto ao Parto Sem Dor, nos anos 50, relacionada à temática da concepção e da contracepção. Creio que o fato de basear-se em valores como natureza e maternidade, tanto o Parto Sem Dor como o Parto Humanizado encontram apoio no meio católico e outras igrejas. Pude perceber o quanto este último, bem como a paternidade participativa goza de prestígio entre religiões não-católicas, por exemplo, por ocasião da aprovação da Lei do Acompanhante, em 200: a bancada evangélica pronunciou-se francamente à favor da lei, evocando valores nobres da maternidade e da importância da presença paterna – tanto para mãe, quanto para o bebê. Por outro lado, em Moisés Paciornik, há várias referências à Bíblia e não é raro encontrarmos menções de autores desse campo em outros campos de ação da Igreja católica, como a Escola de Pais, entre outras.

## **Parto Humanizado: nova identidade para os herdeiros do parto sem dor**

Seguindo a sugestão de Tânia Salem, considero que o Parto Humanizado é um desdobramento mais recente dessas duas gerações anteriores, dentro da concepção de que ambas se unem por um mesmo ideário:

Nas últimas décadas observa-se não apenas a disseminação da ideologia e da prática do PSD para dentro e para fora da Europa, mas também a geração de um número crescente de métodos e técnicas que, embora sendo ramificações de um tronco original, apresentam-se como ainda mais inovadoras e mais moderas. Sem desconsiderar o fascínio que o discurso do novo exerce sobre a cultura ocidental contemporânea, a auto-percepção vanguardista destas correntes-filhote apóia-se no fato de radicalizarem críticas já esboçadas, mais ou menos timidamente pelo método matriz.<sup>239</sup>

Ao longo deste capítulo, fomos percebendo vários pontos de contato entre os adeptos do Parto sem Dor e aqueles que compuseram a geração pós-Parto sem Dor. Reiterando o argumento de Tânia Salem, entendemos tratar-se de uma linhagem crítica do campo da obstetrícia, com intensas relações com movimentos sociais e políticos, de forma que as diferenças entre as duas gerações não alteram, em substância, o tronco original.

Para o PSD, o principal obstáculo a ser enfrentado seriam as concepções religiosas e conservadoras, advindas de idéias de família e de maternidade consideradas como obsoletas e violentas. Questiona-se ainda, a noção da dor e do sofrimento das mulheres no parto e na maternidade, vistas como formas ideológicas e antiquadas de entender o parto e a natureza da mulher, considerada capaz de controlar as dores e, assim, ser a protagonista do processo. Para isso, no entanto, os especialistas serão convocados a coordenar as atividades de reeducação das mulheres, no sentido de inculcar-lhes as novas concepções.

Para o Parto Humanizado, as dificuldades seriam as concepções médicas intervencionistas, pautadas por valores como rapidez, controle, planejamento racionalização, que levam a formas de violência contra a mulher e contra o bebê. Aqui, é dada uma maior ênfase ao bebê, que divide com a parturiente o protagonismo do processo. As referências ao controle do parto, pela mulher, aparecem associadas à noção de intuição

---

<sup>239</sup> SALEM, T. op. cit. p. 2.

feminina e saberes ancestrais que podem incorporar a dimensão da cultura ou rejeitá-las, como aparece em M.Odent.

A idéia de dor, eixo dessa linhagem de críticos da assistência ao parto, também se modifica ao longo das gerações: se, nos anos 50, era a pedra de toque da popularidade do método, passou a ser vista de uma forma menos drástica já na geração do parto natural, de maneira similar a que aparece hoje no Parto Humanizado. Também existe uma concepção diferenciada da própria noção de dor, na vertente esotérica do Parto Humanizado que a concebe como parte suportável de um processo de transformação pessoal, de certa forma semelhante àquela analisada por B.Jordan, entre as mulheres suecas<sup>240</sup> – e também em função da alegria do nascimento do filho<sup>241</sup>.

Em ambos os casos, além dos obstáculos relacionados às representações dominantes entre as mulheres – justificando a necessidade de sua preparação para o parto – há uma dificuldade comum a ser vencida: a obstetrícia hegemônica, representada pelas corporações médicas, as quais, tanto nos anos 50 quanto nos anos 90 e nesta década, têm se oposto, veementemente, às iniciativas que se propõem a mudar a forma de assistência no sentido de uma desmedicalização, ainda que relativa, já que o alvo principal do movimento é a mudança no atendimento hospitalar.

É difícil definir o momento exato em que *herdeiros* do parto sem dor dos anos 70, identificados com o parto natural aderiram, ao que hoje se chama de Parto Humanizado, ou, se não aderiram, pelo menos passaram a vê-lo como sendo parte desse movimento. Na verdade, as Conferências da OMS forjaram a elaboração de uma nova identidade, em torno do termo *humanização da assistência*. Embora o termo humanização não seja interpretado de forma unívoca, nem mesmo no campo do movimento, pode-se dizer que, no campo da REHUNA, ele assume os pilares centrais do ideário do PSD.<sup>242</sup> É bom ressaltar que o Parto Humanizado dos anos 90 e 2000 veio a englobar essas propostas anteriores, sucessoras do

<sup>240</sup> Entre as mulheres suecas, o parto e o nascimento seriam considerados formas de realização e enriquecimento pessoal, fruto de uma *escolha* e de um projeto pessoal. Cf. JORDAN, op. cit. p. 48.

<sup>241</sup> O caso da modificação dos significados das dores no parto entre gerações consecutivas é usado por E. J. Langdon exemplificar a dimensão simbólica das experiências corporais, que variam conforme a cultura, época ou grupo social. (Cf. LANGDON, E.J. *A Doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica*. Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis: UFSC, n. 12, 1996, pg. 16).

Parto sem Dor. No entanto, as relações com esse são bastante tímidas, quase ausentes da geração atual de ativistas: referências a Lamaze, por exemplo, são esparsas e, em geral, críticas. No caso do Brasil, a REHUNA, ao colocar em seu próprio nome a noção de humanização, certamente tem contribuído para a construção dessa identidade, como veremos no próximo capítulo. Michel Odent, particularmente, parece ser mesmo a expressão desse processo, na medida em que postulava o parto ecológico/natural nos anos 70, passando a ser, atualmente, um dos princípios ideólogos da humanização no campo do movimento.

---

<sup>242</sup> Em sua pesquisa sobre o tema, Simone Diniz mostra os diferentes significados que o termo tem assumido entre os profissionais da assistência, constituindo em torno dessa polissemia um espaço de interlocução acerca das práticas de rotina desempenhadas. Cf. DINIZ, *op.*, cit. p. São Paulo, 2001. – Universidade de São Paulo.

## CAPÍTULO IV

### O Parto Humanizado e a REHUNA

Neste capítulo, será caracterizado o movimento social em prol do Parto Humanizado, a partir do principal grupo que atua no Brasil, a REHUNA. O Parto Humanizado é entendido aqui, conforme argumentei anteriormente, como um desdobramento do *Parto Sem Dor*.<sup>243</sup> Será feito, também, um breve histórico da rede, uma caracterização de seus ativistas, bem como suas formas próprias de organização e de seu ideário, acentuando a confluência de duas vertentes principais em seu interior, a biomédica e a alternativa.

O estudo de Tânia Salem sobre o ideário do Parto sem Dor é um aspecto de sua análise mais ampla sobre o *casal igualitário* ou o *casal grávido*, para usar os termos êmicos, e que seria o ponto de condensação chave do individualismo urbano de camadas médias: universo ético em que o projeto de ter um filho, ou alguns poucos filhos, vem a coroar, de forma tencionada e com paradoxos, um plano familiar que se pretende vanguardista, e no qual se busca eliminar, ao máximo, as constrictões sociais: daí o termo casal grávido.<sup>244</sup> Para a autora, a idéia de embaralhar os papéis de gênero sinaliza a concepção de que, para esses grupos e dentro da ideologia individualista por eles postulada, as diferenças vistas como biológicas e naturais entre mulheres e homens poderiam ser quase eliminadas. É nesse contexto que ela analisa o fenômeno das vanguardas obstétricas como parte do processo mais amplo e de longa duração: a constituição da família nuclear moderna, a conjugalidade baseada no sentimento de afeto e a diminuição do número de filhos, tendo esses uma crescente centralidade na vida familiar, a partir do estatuto de criança-indivíduo. Esse também é o contexto do parto humanizado, que veio a englobar as

---

<sup>243</sup> SALEM, op. cit.

<sup>244</sup> SALEM, T. *Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético*. Tese (Doutorado em Antropologia).- Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Museu Nacional, 1987.

propostas de parto natural e de casal grávido, analisadas por Tânia Salem, em décadas anteriores.

Os anos 70 e 80, contexto em que a autora desenvolveu a pesquisa, foram marcados por mudanças significativas no campo da organização familiar, propiciadas pelo intenso processo de urbanização e modernização das décadas anteriores. A expansão da ideologia individualista, baseada em valores como autonomia, liberdade, escolha e desejo, foi incorporada pelas novas gerações, e rupturas com certos padrões tradicionais, como casamento e relações entre pais e filhos e entre cônjuges, foram efetuadas. É nesse sentido que representações de paternidade, e, sobretudo, de maternidade tornaram-se alvo de críticas e de novas propostas, um processo que esteve relacionado à expansão do feminismo e da psicanálise e/ou psicologia. Nos anos 80, a opção pela *maternidade alternativa*<sup>245</sup> e pelo casal grávido passaram a integrar as aspirações de camadas médias urbanas e, nesse contexto, o parto, como um evento demarcador da maternidade, tornou-se parte dos projetos de mudança das novas famílias e das novas gerações, pelo menos em centros urbanos e entre camadas médias.

Neste sentido, Tânia Salem e Maria Isabel M. Almeida, observam que as propostas de ruptura com as famílias de origem e com os modos mais conservadores de dar à luz e de cuidar dos filhos eram vistos como fundamentais, compondo uma espécie de *tabu do contato*:<sup>246</sup> os casais e as mulheres grávidas recorriam, assim, às novas autoridades nesses assuntos, compostas por redes de especialistas, notadamente médicos, psicólogos e terapeutas corporais. Isto significa que a recusa às formas tradicionais de informação e aconselhamento, pautadas pela experiência de outras gerações conforma um espaço vazio, a ser ocupado a partir de redes de sociabilidade fora da relação de parentesco, e incluindo profissionais homens, o que era pouco comum na geração anterior.

Concomitante a esse processo, observou-se a crescente valorização da primeira infância, chamado por Ângela Lo Bianco de psicologização do feto,<sup>247</sup> momento bastante circunscrito aos setores médios, através do qual o feto passa a ser considerado, antes

---

<sup>245</sup> O termo é utilizado por ALMEIDA, M.I. M. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

<sup>246</sup> Ibid.

<sup>247</sup> Cf. LO BIANCO, A. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, S. (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

mesmo do nascimento, uma pessoa dotada dos atributos que compõem a noção moderna de Indivíduo. Esse processo disseminou-se, no Brasil, sobretudo entre camadas médias urbanas, nas décadas de 80 e 90, e esse foi o contexto em que emergiu o movimento pelo parto natural englobando também, o Parto Humanizado atual.<sup>248</sup>

### **Uma Rede de profissionais**

A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) foi fundada em 17 de setembro de 1993, em Campinas, no sítio<sup>249</sup> de um dos médicos que, naquela época, atuava no Hospital da Universidade local, e que conseguiu articular juntamente com colegas, o primeiro encontro de *peças interessadas em discutir o modelo de atenção ao nascimento predominante no país*, segundo termos do documento fundador. A escolha deste sítio para sediar o encontro decorria do fato de seu proprietário ser uma referência nacional e ter contato com várias pessoas do Brasil que, de alguma maneira, trabalhavam diferentemente do modelo medicalizado hegemônico no país.

O encontro envolvia profissionais que tratavam de questões relativas à saúde da mulher, à gestação e ao nascimento, mas fugia dos moldes de um associativismo profissional, ou mesmo acadêmico, formal, que se sintonizando-se com o *ethos* contracultural ou alternativo predominante no grupo fundador. Este caráter estava presente na escolha do lugar – uma espécie de *retiro*, em um *sítio* – e na busca de uma organização que permitisse a expansão do movimento em termos de idéias, bem como a valorização da heterogeneidade de seus membros. Segundo relatos, a REHUNA teria sido a sucessora de um grupo que se auto-proclamava *Ginecologistas Marginais*, iniciativa surgida dentro do campo da saúde da mulher, ainda nos anos 80.<sup>250</sup>

---

<sup>248</sup> Outros estudos foram realizados tendo por foco essas mudanças, como os reunidos por Sérvulo Figueira, em ‘*Uma Nova Família?*’ e ‘*Cultura da psicanálise*’, e ‘*Família, Psicologia e Sociedade*’, entre os quais foram relatadas as pesquisas de Gilberto Velho, Tânia Salem, Ângela Lo Bianco, Ana Nicollacci da Costa e Maria Isabel Mendes de Almeida, entre outras. Esses trabalhos analisam os processos de mudança relacionados à organização familiar e gênero, mostrando os descompassos entre mudanças sociais mais visíveis (urbanização, nuclearização da família, trabalho feminino, entre outros) e aquelas referentes às subjetividades dos indivíduos, mais renitentes à transformação. Cf. FIGUEIRA, S (Org.) *Uma nova família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

<sup>249</sup> Ao contarem sobre a fundação da REHUNA as pessoas sempre falam da data e do local preciso onde foi feito o encontro (um sítio) que é sugestivo, no contexto de um ideário marcado por uma forte valorização da natureza.

<sup>250</sup> Segundo relata Beatriz: “Tem uma coisa muito legal, que foi um dos embriões da articulação da REHUNA que foi o *Encontro Nacional de Ginecologistas Marginais*”.

Dentre os 33 fundadores da Rede, 31 eram mulheres e uma ampla maioria constituiu-

se de profissionais atuantes no campo da saúde: médicos (gineco-obstetras e sanitaristas) enfermeiras, psicólogas e terapeutas corporais<sup>251</sup>. Deste conjunto, 6 vinculavam-se aos Centros de Assistência Integrada à Saúde da Mulher <sup>252</sup>(de Campinas) e 3 eram ligadas a grupos feministas autônomos – o Coletivo Feminista, de São Paulo, o Curumim e o Cais do Parto, de Recife – sendo que estes dois últimos já atuavam com parteiras tradicionais, e ainda a REDEH (Rede de Defesa da Espécie Humana). A REHUNA contou ainda com a importante presença do Grupo Ceres, ligado ao Hospital Pio X, de Goiás, e que teve um papel importante ao sediar a primeira secretaria executiva.

Havia várias profissionais que atuavam prioritariamente em instituições hospitalares públicas ou privadas, como Maternidades e Casa de Parto, na época, a *Casa de Partos Nove Luas*, *Lua Nova*, de Niterói, bem como pessoas diretamente vinculadas às Universidades, ainda que muitas destas tivessem também laços com associações e/ou ONG, o que caracterizava uma espécie de dupla identidade – profissional e militante, e /ou dupla militância. O Nordeste se fazia representar por pessoas ligadas a grupos já atuantes, dois deles pertencentes ao campo da saúde popular e do parto e, particularmente, com parteiras tradicionais da região.

Uma professora da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi a única representante do Sul do país que se fez presente ao evento, credenciada por seu reconhecido trabalho na área de preparação para o parto em Florianópolis. Sua participação teve desdobramentos importantes: a organização da rede em SC que, logo a seguir, se transformou em um grupo intitulado *Pró-REHUNA*, envolvendo profissionais atuantes na saúde pública local – municipal, estadual e da iniciativa privada – e na Universidade. O Rio Grande do Sul e o Paraná não estavam representados, embora, à época a influência das idéias de Moysés Paciornik se fizesse presente entre as pessoas do grupo. Aliás, Cláudio Paciornik, seu filho e também obstetra, participaria ativamente da Rede. Várias pessoas que

---

<sup>251</sup> Quando se fala em profissionais da área da saúde, neste trabalho, refere-se ao amplo conjunto de profissionais ligados à cura, desde médicos até psicólogos, passando pelos terapeutas corporais, homeopatas e acupunturistas.

<sup>252</sup> Estes Centros (CAISMs) faziam parte da estratégia de popularizar a atenção à saúde da mulher na rede de saúde primária, e foram implantados em algumas cidades ou localidades onde havia maior pressão dos

---

profissionais e movimentos no sentido de implantar o PAISM (Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher).

hoje são consideradas fundadoras da REHUNA, na verdade, vieram a integrá-la depois, como é o caso de Renato, Beatriz e Diana, reconhecidas lideranças nacionais em nossos dias:

Eu não estava presente, muita gente estava presente, mas *todo mundo diz que eu sou a fundadora da REHUNA*. Porque acho que eu vesti a camisa e saí levando tanto assim... Eu tava nos Estados Unidos e não deu pra estar. Mas no ano seguinte eu já comecei a me relacionar. Então, foram várias profissionais que estavam descontentes com a maneira que o parto se processava. (Diana, médica, São Paulo)

Este depoimento confirma o fato de que muitas lideranças são consideradas pelos ativistas como fundadoras do grupo, mesmo que algumas não tenham estado no encontro, nem participado das suas primeiras articulações. O que importa, no entanto, é que elas são vistas como pioneiras e que poderiam ter fundado uma Rede deste tipo, em função de sua trajetória no campo da assistência ao parto.

Na fundação da Rede havia grupos e profissionais com escopos diversos: associações e grupos alternativos e feministas, profissionais que atuavam em Maternidade e Institutos, uma Casa de Parto e grupos ligados a universidades. A sigla escolhida fazia alusão, deliberadamente, às palavras *rede* e *reunião*, tendo em vista os próprios objetivos do grupo. Naquele momento, não havia sido incorporada a palavra *parto*, o que ocorreria somente na Assembléia da REHUNA, em junho de 2000, quando houve exaustiva discussão do Estatuto, permanecendo a sigla que já era conhecida e que também reforçava o sentido da reunião. A incorporação da palavra *parto* ao nome da Rede, embora não à sigla, resultava de uma discussão mais aprofundada acerca da dupla dimensão do fenômeno: parto (relativo à mulher) e nascimento (referente ao bebê), dimensões que, no caso do português, são indicadas por palavras diferentes, ao contrário de outras línguas.<sup>253</sup>

Vale enfatizar que a Rede procurava dirigir-se a homens e mulheres, setores da sociedade civil organizada, profissionais da saúde e da educação, planejadores e elaboradores de políticas públicas.<sup>254</sup> A *Carta de Campinas* foi subscrita por pessoas que representavam entidades e grupos e que, em sua maioria, já atuavam neste campo. Desde aquela data, a proposta de organização era de que, a cada dois anos, a Rede fosse

<sup>253</sup> Para tanto, basta atentar para algumas designações ocidentais: *birth/childbirth/delivery* em inglês, *enfantement/accouchement/naissance*, em francês; parto/nascimento/ *alumbramiento*, em espanhol *mettere al mondo*, em italiano; palavras todas que remetem à ambigüidade fundante do rito de passagem .

<sup>254</sup> REHUNA. *Carta de Campinas*. Campinas: 1993.(mimeo)

coordenada por um dos grupos a ela ligados, dividindo as atribuições de forma rotativa e assegurando-lhe vínculos com as diferentes regiões. O Grupo Ceres, de Goiás, foi o primeiro a sediá-la, sendo seguido por São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, estando atualmente aos encargos do grupo de São Paulo.

Tomando como base a lista atual de associados, atualizada em maio de 2003, podemos afirmar que a REHUNA conta com um total de 259 associados e associadas, incluindo-se cinco associações dos coletivos (ONGs); deste total, temos 214 mulheres e apenas 45 homens. Um número expressivo de associados são profissionais com curso superior e com intensa concentração no campo de saúde. Médicos (31%) e enfermeiras (35%) compõem, juntos, a maioria dos associados (66% do total), seguidos por um número bem menos expressivo de psicólogos/psiquiatras (8%), terapeutas corporais (3%), fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas (3,1%), e menor ainda de cientistas sociais (2,7%) e educadores, os quais, ao lado das parteiras tradicionais (1,9 %) e profissionais de nível médio (auxiliares/técnicos de enfermagem, que perfazem 1,5%), figuram em último lugar. Vale destacar que, os médicos e, sobretudo, entre as enfermeiras há um número significativo de profissionais que também atuam na formação de profissionais, tanto ligados em faculdades de medicina como de enfermagem, o que se ajusta com a preocupação da Rede em atuar sobre a *formação* no campo da educação médica.

Também entre os médicos e médicas, temos uma ampla concentração em especialidades como ginecologia e obstetrícia, seguidos por clínicos gerais, pediatras e neonatologistas, sanitaristas e homeopatas, estes últimos, em geral, articulando outras especialidades.

Este quadro de associadas e associados da Rede é revelador de um fenômeno apontado por estudiosas das carreiras femininas, entre elas a medicina, relacionada ao processo de crescimento das camadas médias urbanas, sobretudo nos anos 60 e 70. Diante disto, explica-se a forte presença de mulheres entre os médicos, sobretudo assalariados do serviço público, bem como a significativa participação de médicas sanitaristas.

Considerando os estudos que analisam carreiras de prestígio e a atuação feminina, podemos destacar o de Cristina Bruschini e Maria Rosa Lombardi, que expressam o crescimento considerável de mulheres nas profissões, tradicionalmente, ocupadas por

homens provenientes das elites urbanas, o que vem assinalar mudanças significativas nestas ocupações. Em seu texto, as autoras mostram que entre os anos 1990 e 1996, o número de mulheres médicas passou de 31,5% para 37,9 %, confirmando, assim, a ascensão que já vinha acontecendo ao longo das últimas décadas.

Esta significativa feminização, no entanto, não se deu sem a reprodução de certos padrões anteriores: as mulheres médicas têm se concentrado nas áreas tidas como mais ligadas ao mundo doméstico – pediatria, obstetrícia, ginecologia, nutrição – ou que exigiram habilidades mais próximas à experiência feminina, entre elas a capacidade de escuta, paciência e vocação pedagógica, a exemplo das doenças crônicas, medicina sanitária e homeopatia, citadas pelas autoras. Já os médicos estariam, em maior número, nas áreas caracterizadas pela capacidade de decisão e agressividade, bem como habilidade no manejo de equipamentos sofisticados e que são utilizados na cirurgia, cardiologia, anestesiologia, neurologia, medicina legal, entre outras.<sup>255</sup>

Muitas destas médicas, formadas entre os anos 60 e 70, foram trabalhar em instituições estatais, como mostram os dados estatísticos: servidoras públicas (50, 1% de mulheres e 48,9 de homens), CLT (contrato de serviço no âmbito privado), em que 48,9% são homens e 47,15% são mulheres. As autoras sublinham que o processo de assalariamento atingiu, em cheio, a categoria dos médicos, que passou a combinar vários empregos (consultórios particulares, hospitais, clínicas), mas que, grosso modo, passou a compor juntamente com outros segmentos, o universo dos assalariados de classe média do país. Segundo elas, a carreira médica e a representação deste profissional como um profissional liberal têm sofrido mudanças, uma vez que as condições de trabalho são outras e ocorrem com a intermediação de vários setores – convênios, burocracias estatais, etc. A partir destes levantamentos, concluem:

As profissionais médicas são em geral mais jovens que seus colegas do sexo masculino... Quanto ao vínculo de trabalho, tanto médicos quanto médicas estão numericamente divididos pela metade entre o serviço privado e serviço público. Deve-se ressaltar que a proporção de médicos e médicas no serviço público é praticamente a mesma: 50 % e 48,5 %, respectivamente. Em termos de carga horária, a grande maioria da

---

<sup>255</sup> BRUSCHINI, C. e LOMBARDI, M.R. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro/Florianópolis, UFRJ/UFSC.v.7, n.1, p.9-24, 1999.

categoria, tanto médicos quanto médicas (cerca de 70% de ambos), se localiza na faixa de 30 horas semanais. Já quanto ao rendimento médio mensal a diferenciação entre os dois sexos se faz presente.<sup>256</sup>

Estes dados são certamente reveladores da situação dos grandes centros urbanos do país – muitos deles representados por grupos ou pessoas da Rede, em que se constata a presença de médicas sanitaristas e obstetras, sem falar das enfermeiras, carreira de menor prestígio dentro do campo da assistência à saúde como um todo, bem como as psicólogas, psicanalistas e terapeutas corporais, profissões tradicionalmente desempenhadas por mulheres. Na lista de associados, não há referências à medicina antroposófica, à homeopatia e à acupuntura embora saibamos, através do trabalho de campo, que há muitos profissionais ligados a estas orientações.<sup>257</sup>

Observa-se, também, um número considerável de *enfermeiras obstétricas*, especialidade que tem aumentado no Brasil desde 1998, quando o Ministério da Saúde aprovou a criação de cursos de especialização, o que diferencia, bastante, estas profissionais da enfermeira obstétrica da *midwife* de países anglo-europeus, que podem fazer cursos em Escolas de Parteiras sem passar por cursos de enfermagem. No conjunto das associadas da Rede, observa-se a baixa expressão numérica de parteiras tradicionais (1,9%) e antropólogas (1,1%) o que, por certo, não faz jus à grande valorização simbólica destas duas categorias. Da mesma forma, o pequeno número de terapeutas holísticos/corporais não corresponde à força da vertente alternativa dentro do Movimento, e aponta menos para a formação profissional dos associados da Rede e mais para a predominância de um estilo de vida e de um *ethos* de classe, no qual práticas de cura e crenças consideradas holísticas têm lugar.

O perfil das médicas e dos médicos envolvidos com a humanização da assistência – sanitaristas e médicas/os assalariados – deve ser considerado como um dos fatores que

---

<sup>256</sup> Ibid, p.14.

<sup>257</sup> Tal é o caso da Associação da Favela Monte Azul, na qual funcionava uma Casa de Partos : tratava-se de uma associação antroposófica. (Cf. HOTIMSKI, op. cit. p. 201)

introduz a *preocupação com a saúde coletiva*,<sup>258</sup> a qual estava ausente do campo de ação dos adeptos do parto natural dos anos anteriores, aliado ao componente ideológico que, nos anos 80, colocou os setores assalariados da categoria médica em uma posição de destaque no campo do associativismo de camadas médias. Ao mesmo tempo, é notável a permeabilidade deste grupo ao ideário individualista-libertário, talvez menos em função da formação do que por condição sócio-cultural, como veremos mais adiante. Os movimentos e ações empreendidos por médicos, ligados à saúde pública, foram significativos no período da abertura democrática no Brasil, tanto do ponto de vista das lutas corporativas e sindicais, à exemplo da greve dos médicos de 1982, uma das pioneiras no Brasil pós-ditadura,<sup>259</sup> quanto da articulação com movimentos populares, como o caso do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo.<sup>260</sup> Isto sem falar no papel de mediadores que médicos, padres, assistentes sociais e educadores têm tido no campo das ações coletivas no Brasil, conforme apontam os estudiosos.<sup>261</sup>

A assim intitulada Carta de Campinas, documento fundador da REHUNA,<sup>262</sup> inicia-se com uma citação de Michel Odent, à época, já conhecido e respeitado como um dos autores centrais do ideário do parto humanizado:<sup>263</sup> “Para mudar a vida, é preciso antes mudar a forma de nascer”. Desde então, esta alternativa permeia materiais, depoimentos e documentos da Rede, sinalizando a centralidade de seu pensamento no ideário do movimento. Eis o início da Carta: Nós, abaixo nomeadas pessoas, grupos e entidades de Saúde, há anos trabalhando com gestação, parto e nascimento, reunimo-nos, em iniciativa

---

<sup>258</sup> Cristiana Bastos, na análise sobre AIDS no Brasil, mostra a importância da articulação entre governo, ONGs e setores da comunidade científica para o controle da epidemia nos anos 90. Destaca particularmente a perspectiva da medicina tropical, desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, que teria contribuído com um olhar mais sensível às múltiplas dimensões da AIDS. Assim, uma criativa articulação de conhecimento científico cosmopolita com as especificidades nacionais com ênfase nos aspectos sociais, o qual é considerado pela autora como decisivo para o relativo sucesso no controle da epidemia, juntamente com os demais atores do *combate*. Cf. BASTOS, op. cit., p. 201.

<sup>259</sup> BOSCHI, Renato. *A arte da associação*. Rio de Janeiro: Vértice/Iuperj, 1986.

<sup>260</sup> SADER, Eder, *Quando os novos personagens entraram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

<sup>261</sup> SCHERER WARREN, op. cit.; entre outros autores que trabalham com movimentos sociais, além de Eder Sader, supra-citado.

<sup>262</sup> Este documento, bem como a *Carta de Fortaleza*, são vistos aqui como fundamentais, na medida em que expressam um consenso do grupo, para quem os documentos escritos tem grande valor.

<sup>263</sup> O conceito Humanizado aqui é anacrônico, na verdade, à época, fala-se em parto natural, nascimento sem violência e método Leboyer, termos que foram aglutinados sob o adjetivo *humanizado* justamente a partir do processo de constituição da Rede de *Humanização* do parto e do nascimento.

autônoma e independente, em Campinas, entre 15 e 17 de outubro de 1993, para debater a situação atual do nascer em nossa sociedade.<sup>264</sup>

Como vemos, assinala-se, já de saída, a marca profissional dos membros da Rede, característica com desdobramentos importantes no campo das práticas do Movimento, bem como de seu ideário propriamente dito. A Carta prossegue, fazendo referência às condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças na hora do parto, e cita as altas taxas de cesareanas praticadas no país, bem como o desconhecimento acerca das motivações de sua rotinização e suas conseqüências tanto para a mãe quanto para o bebê. Com efeito, a medicalização do parto não é bem vista somente em função do abuso de cesáreas, como também pela violência e constrangimentos aos quais as mulheres são submetidas no âmbito da assistência hospitalar: “os eventos vitais, como parto, tornam-se momento de terror, impotência e alienação”.

A crítica a esse *abuso* é central na constituição do Movimento, na medida em que se contrapõe ao modelo tecnológico. Denúncias acerca das mortes maternas e infantis, juntamente com a crítica à naturalização dos partos cirúrgicos popularizados no país, aparecem em documentos, cartas, imagens, palestras e conferências, desde seus primórdios até os dias de hoje, confirmando que a identidade do movimento se constitui, justamente, pela contestação desta prática e de seus pressupostos, a saber, a *patologização* do parto, sua redução à condição de uma *disease* e a um evento ligado à doença, e não à saúde.

O documento ainda cita as contribuições que o movimento feminista têm trazido, em termos socioculturais, e conclama as mulheres a assumirem seu papel de sujeito face às questões de saúde reprodutiva, além de enfatizar que, no momento do nascimento do filho, elas devem refletir sobre o processo de desapropriação da especificidade de sua *identidade feminina*, representado pela medicalização. A Rede pretende partir de uma análise da situação das mulheres, em um contexto em que são transformadas em objetos, inclusive na hora do parto: “O questionamento da persistência de tabus sexuais, repressão da sexualidade e situação subalterna da mulher na sociedade implica também na crítica do modelo social onde tempo e dinheiro e parto vem sendo crescentemente realizados como uma linha de montagem que violenta o tempo e o ritmo da natureza da mãe e do filho”.<sup>265</sup>

---

<sup>264</sup> REHUNA. op. cit., p.2.

<sup>265</sup> Ibid. p.2.

Podemos perceber não apenas a crítica à medicalização do corpo da mulher e da saúde, mas também à mercantilização da saúde. Esta crítica integrava a plataforma de questionamentos e de denúncias que feministas e sanitaristas vinham fazendo às políticas de saúde do país, e contra as quais se organizou, na década de 80, o processo de construção do PAISM (Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher), a partir de uma estratégia propositiva. Várias das fundadoras, de forma individual ou coletiva, tinham estreitos vínculos com o movimento feminista, conforme relata Beatriz:

Tinha a Diana, que veio da saúde pública e da pediatria, mas com um forte componente feminista. Outra pessoa que teve uma grande influência na formação da REHUNA foi a Cláudia, muito presente nas informações da REHUNA, é uma pessoa feminista, histórica. Tem o pessoal lá de Ceres, sempre foi gente que circulou pela rede feminista. Outra pessoa que sempre esteve lá foi o pessoal do Cais do Parto, o pessoal do Curumim... Então tinha muita gente de ONGs feministas, teve bastante gente. Eu acho que mais do que qualquer outra coisa, tinha mais gente feminista. Esse grupo era maior do que os outros. (Beatriz, médica, 2002)

Segundo Sônia Correa,<sup>266</sup> o movimento feminista no Brasil historicamente atuou no área da saúde pública, um campo prioritário de ação, no qual contracepção, violência, sexualidade, aborto e moralidade foram temas que levaram à criação de redes, grupos e propostas relativas à saúde. A preocupação com saúde sexual e reprodutiva tem alimentado as ações feministas no Brasil, a exemplo da Rede Feminista de Saúde,<sup>267</sup> importante espaço de articulação entre várias regiões do país e que existe desde o início dos anos 90. Mas, além desse ativismo, envolvendo tanto feministas de base quanto feministas ligadas ao Estado, algumas delas, inclusive, integrantes da REHUNA, como o caso de Curumim e Coletivo Feminista.

Ao mesmo tempo, sobretudo com o processo de retorno a institucionalidade democrática nos anos 80, o próprio Estado passou a abrir espaços e a mostrar interesse em promover mudanças no comportamento demográfico da população, de uma forma menos autoritária do que haviam feito até então, o que vinha ao encontro das demandas feministas

<sup>266</sup> A saúde tem sido um campo de importantes reflexões teóricas, envolvendo o conceito de gênero e a crítica ao dispositivo biomédico sobre sexualidade e feminilidade. Cf. CORREA, op. cit.

<sup>267</sup> A *Rede Feminista de Saúde* foi fundada em 1999, e é uma articulação do movimento de mulheres que reúne cerca de 113 instituições entre grupos de mulheres, ONGs, núcleos de pesquisa, organizações sindicais e profissionais, conselhos de direitos da mulher, além de profissionais de saúde e ativistas feministas que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nessa área. ([www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br))

quanto aos direitos contraceptivos e à sexualidade. Este *casamento de conveniência* entre interesses, certamente distintos de demógrafos e feministas, resultou em uma relativa institucionalização de programas e propostas de saúde coletiva que tinham como centro a saúde reprodutiva e a sexualidade, sendo revelador desse processo o esforço de sanitaristas e feministas na construção do PAISM, apoiado pelo próprio Estado. A articulação de feministas com sanitaristas está presente não só neste processo, considerado um dos mais importantes do movimento, mas também na Reforma Sanitária, fruto de esforços de profissionais e militantes da saúde junto à Assembléia Constituinte de 1988, e que resultou na institucionalização do Sistema Único de Saúde.

Mudanças no aparato institucional do período da chamada abertura política não levaram apenas a um maior diálogo com movimentos sociais como também a incorporação de profissionais identificados com demandas e organizações civis, as quais passaram a atuar no interior das agências de uma forma sintonizada com os movimentos. Estudiosas do movimento feminista brasileiro, como Anette Goldberg, Miriam Grossi, Maria Betânia Ávila e Cíntia Sarti, entre outras, mostram que agências estatais foram espaços ocupados por muitas feministas no período pós-abertura, espaços que se tornaram importantes na implementação de algumas políticas, ainda que pontuais. As políticas relacionadas à saúde foram, certamente, uma das áreas em que houve maior institucionalização do movimento.<sup>268</sup>

Nas agências estatais, muitas feministas passaram a atuar como profissionais, levando propostas originadas do Movimento,<sup>269</sup> ao mesmo tempo em que mantinham seus vínculos com o ativismo de base e com a produção acadêmica, já que centros de pesquisa e, sobretudo, universidades foram espaços também ocupados por feministas.<sup>270</sup> Em função de suas origens históricas, o feminismo contemporâneo no Brasil esteve desde os anos 70 envolvido nos movimentos de direito humanos e de oposição à ditadura, além disso, de a inserção de feministas em associações de bairro e de profissionais, em partidos de esquerda

<sup>268</sup> SARTI, Cíntia. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*. Campinas, Unicamp, n.16, p.31-38, 2001.

<sup>269</sup> GROSSI, Miriam. Feministas históricas e novas feministas. *Antropologia em primeira mão* n. 28, Florianópolis: UFSC, n. 28, 1996

<sup>270</sup> Anette Goldberg, em estudo que analisa detidamente a vinculação de feministas que voltaram do exílio e se envolveram no processo político, seja pela via eleitoral, seja ocupando cargos executivos. GOLDBERG, Anette. *Le Dire et le faire féministes: une approche socioculturelle du Brésil Contemporain*. Paris, 1991. Tese (Doutorado em História e Civilização). Universidade de Paris VII, capítulo VII.

e em sindicatos favoreceu o estabelecimento de alianças com outros movimentos, permitindo sua relativa disseminação entre estes setores.

O espírito de colaboração com a OMS e de parceria com o Ministério e com o Governo dava-se, em função deste projeto, dentro de uma perspectiva que se tornou comum entre os movimentos sociais no Brasil pós-anos 70, abrindo canais de participação e ampliação de políticas públicas. Já em 1983, Ruth Cardoso analisa este processo, centuando seu caráter desigual e heterogêneo, tendo acontecido em algumas áreas – saúde, dos direitos da mulher e das crianças – compreendidas hoje pelo movimento de humanização:

Este processo era muito parcial: acontecia na saúde, por exemplo, mas não acontecia na educação; criava-se um conselho da mulher, mas não eram criados conselhos em outras áreas, quer dizer, era um processo extremamente fragmentado(...) *Foi o grande momento em que todos os conselhos foram criados, desde o conselho da mulher até o conselho do negro, da habitação, da saúde, e mais, recentemente, da criança.* Há uma ampliação do modo de gerir as áreas públicas com a aceitação e aberturas de espaços novos onde os movimentos sociais entram- tudo isto de modo muito parcelado.<sup>271</sup>

As chamadas *parcerias* entre ONGs e órgãos governamentais não apenas se tornaram desejáveis para o Movimento, como também têm sido alvo de reflexões de dentro do campo do feminismo que, desde os anos 80, têm contribuído através do envolvimento direto de feministas na implementação de políticas públicas, notadamente nas áreas da Saúde e da Justiça. Para além das questões políticas que este tipo de atuação envolve, caberia analisar em que medida esta não seria uma especificidade de países como o Brasil, marcados pela precariedade dos serviços públicos, contexto em que muitos movimentos vêm ocupar, de forma crescente, um papel propositivo e participativo junto a alguns setores das agências estatais, ainda que não necessariamente identificados com propostas mais amplas dos governos.

Maria Betânia Ávila<sup>272</sup> chama a atenção para as implicações políticas desta estratégia reformista que as feministas, no Brasil, têm priorizado, mas que, em seu entender, teria que ser abordado em uma concepção mais ampla do próprio poder público e

---

<sup>271</sup> CARDOSO, op. cit.

<sup>272</sup> ÁVILA, Maria Betânia. *Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres*. Trabalho apresentado no Seminário Estudos de Gênero face aos dilemas da sociedade Brasileira. Itu, 2001.

da confluência de interesses relativos à saúde, particularmente, entre feministas e sanitaristas e agências estatais, incluindo-se também, as agências internacionais como OMS, ONU e UNESCO. Já Sônia Correa sublinha o contexto neo-liberal em que essas políticas ocorrem, despertando, ainda, para os desafios teóricos que as políticas de saúde trazem à reflexão feminista e de gênero, na medida em que a dimensão biológica que subjaz ao campo da saúde, complexifica o debate acerca da igualdade e da equidade entre os gêneros nesse campo.<sup>273</sup>

A estratégia de ocupar brechas nos espaços institucionais, particularmente em agências estatais e em conselhos com certa ingerência sobre políticas públicas, foi a que se tornou hegemônica no movimento feminista brasileiro, bem como em grande parte dos movimentos sociais, a partir da década de 90, de modo especial no campo da saúde e, mais recentemente, na saúde reprodutiva e sexual.

Ficam claras na Carta de Campinas as relações entre as políticas da OMS, o parto e o nascimento. Assim, o documento elaborado, em Fortaleza, no ano de 1985, *Tecnologia Apropriadas para o Nascimento e Parto*, foi entendido pelo grupo como o ponto-chave da humanização da assistência, o qual todo associado deveria subscrever e comprometer-se a divulgar. Também o Programa de Capacitação de Parteiras do Ministério da Saúde contou, desde o início, com a participação decisiva das ONGs pernambucanas – Curumim e Cais do Parto – dentro da proposta de parceria com órgãos públicos.

Neste aspecto, o que sucede com a REHUNA remete ao que já sugeria Alain Touraine, em sua reflexão sobre a especificidade dos atores sociais na América Latina, aí incluídos os movimentos sociais: no caso, os agentes de desenvolvimento, crescendo juntamente com o Estado e não contra ele- a exceção dos períodos de ditadura.<sup>274</sup> Após um período, relativamente curto, de rechaço às iniciativas estatais – fruto do próprio caráter do Estado autoritário desta época – a maioria dos movimentos sociais passou a ter uma proposta propositiva, formulando políticas públicas de uma forma participativa, a qual, viria a se tornar comum nos anos 90, já sob o nome de parceria.

---

<sup>273</sup> CORRÊA, S. op.cit., p.17.

<sup>274</sup> Para o autor: “Nos países que se definem mais pelo seu processo de mudança histórica, por seu desenvolvimento, o Estado é um ator social principal porque o papel próprio do estado é manter a continuidade da sociedade nacional através das mudanças sociais e econômicas(...). Nas sociedades dependentes, o Estado é o agente principal do desenvolvimento econômico e , inclusive, de organização e

Entretanto, a inexistência ou precariedade dos serviços de saúde materno-infantis, em diversas áreas do país faz com que as políticas de desenvolvimento destas regiões estejam ainda por se fazer. E aí as ONGs vêm cumprir um papel histórico – ainda que perverso – na medida em que ocupam lacunas deixadas a descoberto pelo Estado e que não chegam a ser assumidas pelo poder público. Ainda, assim, dependem da vontade política dos gestores e contribuem para uma economia de recursos – de duvidosa escassez – nas áreas em que a pobreza é quase endêmica, mas não desconectada da estrutura social do país.

Na fundação da Rede já estavam presentes pessoas e grupos que atuavam no campo da saúde e da sexualidade, como o Coletivo Feminista<sup>275</sup> e outros que trabalhavam diretamente, com os temas gestação, parto e maternidade. Entre eles, poderíamos citar o Instituto de Terapias Aurora, o Grupo Ceres, o Cais do Parto e o Curumim, os dois últimos naquela ocasião, trabalhando com parteiras tradicionais e mulheres pobres, portanto grupos que aportavam à Rede uma experiência típica do feminismo histórico, de base, no Brasil, movimento caracterizado por abordagens sócio-educativas de tipo participativo, como oficinas e propostas pedagógicas não-convencionais, que eram tratadas como chave na luta contra a opressão das mulheres: saúde, sexualidade, valorização e organização profissional, identidade e subjetividade.<sup>276</sup>

Na *Carta*, fica clara a importância de se aliarem os conhecimentos técnico e científico comprovados, às práticas de assistência humanizadas já existentes, indicando, assim um dos pontos-chave da estratégia de interlocução com os campos biomédico, acadêmico e governamental, a saber, a referência à *Medicina Baseada em Evidências*,<sup>277</sup> que se delineava neste momento e que tomaria proporções cada vez maiores ao longo da

---

reivindicações sociais”. In: TOURAINE, Alain. *Palavra e sangue*. Política e Sociedade na América Latina. Campinas: Editora da Unicamp/Trajatória Cultural, 1991. p. 183.

<sup>275</sup> O Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde sempre fez trabalhos populares, junto aos movimentos de Saúde da Zona Leste de São Paulo, desde o final dos anos 80, sendo até hoje uma das referências em trabalhos de saúde (violência, saúde reprodutiva, contracepção, sexualidade).

<sup>276</sup> Ao estilo do *Boston Women Wealth*, grupo feminista que trabalhava neste sentido nos anos 70, e expressão deste feminismo de base brasileiro. As referências a este grupo são feitas por algumas das fundadoras da REHUNA, que forneceram estas referências e o acesso a uma de suas publicações mais importantes: *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Um libro por y para mujeres. La colectiva del libro de salud de las mujeres de Boston*. Boston: Boston Women's Health, 1981.

<sup>277</sup> *Medicina baseada em evidências* não trata apenas do tema do parto, ocupando-se de uma corrente mais ampla que vem se estabelecendo dentro do campo médico, a partir da crítica ao *regime hospitalocêntrico*, em função de seus altos custos econômicos e de seus *mecanismos iatrogênicos*. Cf. DRUMMOND, J.P. SILVA, E. *Medicina baseada em evidências: Novo Paradigma assistencial e pedagógico*. São Paulo: Atheneu, 1998.

trajetória da REHUNA. Tal corrente é conhecida, no Movimento, a partir dos trabalhos da Iniciativa Cochrane – *International Cochrane Collaboration* – que reúne um conjunto significativo de estudos epidemiológicos, feitos em diversos países, acerca do parto e do nascimento.<sup>278</sup> Esses trabalhos são uma das principais bases das recomendações da OMS para a humanização do parto, conforme consta no final da publicação *Assistência ao parto normal*.<sup>279</sup>

O documento tem um tom de denúncia da situação atual, mas também é propositivo: dirige-se a mulheres e homens, profissionais e educadores, setores da sociedade civil e planejadores de políticas públicas, testemunhando, desta forma, a amplitude de sua causa, ou seja, das iniciativas institucionais às ações individuais, de mulheres e homens, de profissionais e leigos. Deixa claro, também, seu caráter de *rede de movimentos*, na medida em que pretende apoiar-se e articular-se, sem extinguir os grupos e ações já existentes, de escopos específicos, como casas de parto, Maternidades, ONGs, grupos de parteiras, etc.

O formato de Rede atendia ao objetivo do grupo que consistia, fundamentalmente, em articular idéias e pessoas, e não exatamente atuar em bases representativas formais, o que acentuava seu caráter *autônomo e independente*. Nesse aspecto, aproximava-se de outras experiências de organização no campo feminista, entre elas, a já citada Rede Feminista de Saúde. A busca de formas alternativas de organização era comum ao campo dos movimentos sociais, desde os anos 70;<sup>280</sup> alguns autores identificaram como indicativo de sua inovação: os movimentos que teriam surgido como *filhos da contracultura* e do Maio de 68. Eles teriam, entre um conjunto de características consideradas inovadoras, as formas de sua organização: igualitárias, horizontais, fluidas, flexíveis, e que corresponderiam ao modelo comunitário que se diferenciava do formal, baseado em formas de representatividade, hierarquia, estabilidade e racionalidade. Segundo Eunice Durhan:

A ampla literatura sobre os Movimentos Sociais parece indicar a existência de dois modelos básicos de organização, que às vezes se

<sup>278</sup> Como, por exemplo, um dos que circulam entre os *rehunidos*: ENKIN, M. et.al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

<sup>279</sup> OMS. *Assistência ao parto normal*. Maternidade Segura: Guia prático. Tradução do documento da OMS. Brasília, 1998.

<sup>280</sup> MIGUEL, Sônia Malheiros. *Feminismo: um olhar para dentro*. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina.

excluem, às vezes se alternam ou podem mesmo se sobrepor: uma forma de organização que podemos chamar de formal e a outra, que se encontra em expansão, que denominaremos de comunitária, que evita a institucionalização de representação e exige uma participação permanente de todos tanto no processo de tomada de decisão quanto na própria execução.<sup>281</sup>

A autora assinala que estes modelos são proclamados pelos movimentos, o que não significa que estejam, exatamente, concretizados no cotidiano. A questão é que, diante da necessidade e desejo de criar uma *comunidade de iguais*, os movimentos assinalam os aspectos comunitários, postulando concepções políticas que implicariam em romper ou borrar a idéia de igualdade. Isto posto, podemos afirmar que a REHUNA inspirou-se nesses valores, que pertenciam ao *ethos* do grupo à época. As tentativas de institucionalização que fazem parte de sua história, mas sempre esbarraram em uma concepção pouco visível, embora partilhada pelos seus membros, de que a forma de organização devia ser próxima do que Durham configuraria como um *modelo comunitário*. A questão que reiteradas vezes aparece no cotidiano da Rede refere-se à representatividade que na maioria das vezes é resolvida, consensualmente, sob a forma de *voto de confiança*, já que todo membro da Rede, como participante, poderia representá-la em qualquer lugar e circunstância:

Eu não tinha pruridos de falar em nome da REHUNA, eu pedi autorização pra Secretaria Executiva, que a esta altura já estava no Rio de Janeiro, se quando convidada eu poderia falar em nome da Rede, que muitas vezes me chamavam nessa qualidade. E me disseram que eu tinha pleno endosso da Secretaria Executiva, passei a falar em nome da REHUNA e acabei me tornando uma liderança natural. Porque as pessoas muitas vezes falam em nome da instituição em que trabalham, mas estão também levando as idéias da Rede. Uma espécie de dupla militância, dupla jornada, dupla identidade. (Diana, médica, São Paulo)

Este tipo de representatividade informal, baseada na confiança, tem caracterizado a atuação da Rede e corresponde ao modelo comunitário de organização, baseado em relações de respeito mútuo e informalidade. Mesmo com as diferenças que existem entre os diversos componentes da Rede, e com os conflitos que fazem parte de sua história, esta questão não tem sido modificada, ainda que ressurja em alguns debates.

Embora ao longo da década de 90 a formalização permanecesse na pauta das ações da Rede, sempre tendo em vista necessidades concretas de financiamento de

---

<sup>281</sup> DURHAN, op. cit., Movimentos...

eventos, ligadas à representatividade, a referida formalização só foi implementada, como organização, no ano de 2001. Não no formato previsto no estatuto, como Organização Não-Governamental – ONG – mas como OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – em função de questões práticas ligadas a busca de financiamento, quando há um esforço de incorporar elementos do modelo formal: “O estatuto atual configura a REHUNA como uma ONG. Todavia, há abertura para que se transforme em OSCIP. Uma OSCIP nos daria mais trabalho (declarar e recolher FGTS, INSS e outras contribuições), sendo que a única vantagem seria a facilidade de pleitear financiamentos de órgãos governamentais (principalmente Comunidade Solidária)” (Boletim da REHUNA, 28 set. 2001).

A elaboração do estatuto fora, efetivamente, uma das polêmicas no grupo, ainda nos anos 90, sendo o projeto original rechaçado em uma das plenárias da Rede, em decorrência de seu excessivo formalismo: “Quer dizer, as pessoas tinham aquela coisa em comum, mas precisavam de uma estruturação maior. O de 95 que eu não fui, eu tinha estado com outros colegas trabalhando na elaboração do estatuto. Esse estatuto foi amplamente apedrejado no encontro de 95, eu tive que recomeçar do zero (Diana)”

A reclamação desta *rehunida* era de que predominava, no grupo, um certo *laissez-faire*, uma espécie de aversão à institucionalização que, em sua opinião, apesar das boas intenções, deixava de encaminhar propostas, de fazer circular informações. Ela não era a única a posicionar-se dessa forma: em reuniões do grupo e em mensagens eletrônicas, referências a esse problema eram freqüentes. Renato, por exemplo, no final de 2001, enviou uma mensagem ao Grupo Local, reiterando a necessidade de substituir o bem-intencionado anarquismo inicial por uma organização mais eficiente. Discussões acerca da necessidade de profissionalizar alguém para os trabalhos de secretaria foram empreendidas nas assembleias em 2000, em Fortaleza; e, em 2002, no Rio de Janeiro, bem como acerca do caráter diretivo da coordenação nacional da Rede. Assim, a discussão do estatuto se prolongou e somente foi resolvida depois da Conferência de Fortaleza, sendo um dos pontos de pauta mais discutidos na Plenária Nacional, e só foi efetivada de direito, em 2002.

A dimensão de Rede foi, efetivamente, fruto da escolha de suas fundadoras, muitas delas pertencentes a ONGs ou a grupos institucionais pré-existentes, e parecia garantir sua

amplitude nacional, já que, naquela ocasião, havia representantes de várias regiões do país, em especial da região Sudeste. Este tipo de articulação, na forma de *network*, estava em plena expansão no final da década de 80 e início da década de 90, tendo sido analisado por vários pesquisadores como expressão do caráter transnacional e do pluralismo articulado das lutas e dos movimentos:

O que considero particularmente relevante na análise da sociedade civil, para década de 90, é a compreensão do significado e do alcance da ação política criada através de redes de movimentos (...) as redes de movimentos que vem se formando no Brasil têm características em comum: busca de articulação de atores em movimentos sociais e culturais, transnacionalidade, pluralismo organizacional e ideológico, e atuações no campo cultural e político.<sup>282</sup>

Além disso, este modelo de organização parecia atender a questões propriamente operacionais, dentro de um conjunto de valores compartilhado pelo campo ético-político dos movimentos sociais do período, como autonomia, democracia de base, descentralização e eficiência, em que a comunicação em redes (real e virtual) era a pedra de toque. A concepção de rede também sinalizava para outra característica singular do início dos anos 90. Nesta época, o uso do computador e de redes virtuais tornou-se bastante significativo no próprio imaginário dos movimentos, ainda que as pessoas concretas tenham aderido muito mais lentamente ao uso dessas tecnologias mais avançadas da informação, particularmente a *Internet*.

Mas, para além da forma auto-designativa do próprio grupo e dos movimentos, rede é o termo mais adequado para dar conta deste grupo de pessoas que – associado à ela ou não à – atua em diferentes espaços da sociedade, com o objetivo de ampliar o ideal de humanização da assistência. Assim, a noção de teias de movimento é bastante adequada para se pensar na REHUNA:

*As teias de movimentos* abrangem mais do que suas organizações e seus membros ativos, elas incluem participantes ocasionais de eventos e ações e simpatizantes e colaboradores de ONGs, partidos políticos, universidades, outras instituições culturais e convencionalmente políticas, a Igreja, o Estado que (ao menos parcialmente) apóia um determinado

---

<sup>282</sup> SCHERER-WARREN, op. cit., p.119.

objetivo do movimento e ajuda a difundir seus discursos e demandas dentro e contra as instituições e culturas políticas dominantes.<sup>283</sup>

Faz-se necessário enfatizar que a REHUNA procura articular profissionais de diferentes instituições, dentro de uma estratégia ampla de humanização da assistência. Ser do grupo não significa, necessariamente, ser sócio de suas instâncias formais e institucionais que são, inclusive, bastante fluidas, mas, sobretudo, partilhar do ideário do Movimento e atuar na sua efetivação. É o ideário compartilhado e o sentimento de pertença ao movimento da humanização que confere identidade aos seus adeptos.

### **Das cartas aos sites**

As primeiras formas de comunicação entre as integrantes da Rede, eram feitas, em geral, através de cartas datilografadas e enviadas pelo correio, assim como as atas das reuniões do grupo local, de Florianópolis. Todas as cartas a que tive acesso, entre integrantes da Rede, em função da organização do primeiro Encontro Nacional caracterizavam-se pela troca de idéias *Que vocês acham de tal proposta? Que tal a idéia de fulano de tal?*, muitas vezes marcadas por expressões afetuosas:

[Sobre as propostas iniciais da UNICEF em criar o Programa Hospital Amigo da Criança] Nosso objetivo é ampliar este programa sob o ponto de vista da mulher e remetê-lo ao UNICEF e Ministério da Saúde como uma proposta da REHUNA Nacional. *O que você acha disto?* Após tantas provocações, ficamos aqui quietinhas aguardando cartas de todos vocês. *Abraços e beijos fecundos*(Secretaria da REHUNA, carta de 21/06/94). (grifos meus)

Pessoas identificadas com o neo-espíritualismo se faziam presentes já naquele momento, em que era marcante a presença de uma linguagem muito particular, como se vê mesmo nas cartas escritas:

Houve um grande atraso na correspondência! Ainda estamos aceitando sugestões e *estamos abertos* a propostas de grupos para o Encontro, e podemos negociar um pacote para grupos ligados à REHUNA e Maternidades

---

<sup>283</sup> ALVAREZ, S.; DAGNINO, E.; ESCOBAR, A. op. cit., p. 37.

*Agradecemos a compreensão e que todos sejam felizes.*

*Muita paz.* (Carta da Coordenação. Rio de Janeiro, 17/10/1994). (grifos meus)

Mas este tipo de correspondência e o velho correio foram sendo deixados de lado, provavelmente menos por conta dos atrasos da ECT e mais pela crescente adesão dos ativistas da Rede ao correio eletrônico, de modo que, hoje, a forma de comunicação prioritária entre os associados é através da Internet: servindo para divulgar eventos, informações, discussões e para debates sobre vários temas. Muitos ativistas são conhecidos da rede justamente por estarem muito presentes nestes espaços, escrevendo artigos, comentários; relatando experiências e enviando abaixo-assinados, etc.

Em 2001, um grupo de mulheres de São Paulo, criou o *site* eletrônico Amigas do Parto<sup>284</sup> com o objetivo de articular as *consumidoras ou cidadãs*,<sup>285</sup> sintonizadas com o ideário da humanização. *Amigas do Parto* que, recentemente, foi transformada em associação, dedicava-se à divulgação de eventos, além de artigos e opinião de pessoas da REHUNA. Também havia um interessante espaço de depoimentos pessoais, em que eram relatadas experiências de mulheres e casais em seus partos, entre as quais encontramos vários testemunhos de integrantes da REHUNA.

Não seria demais afirmar que o espaço virtual constitui um lugar privilegiado de sociabilidade, bastante comum entre camadas médias urbanas. Embora a Rede não tenha logrado sucesso na criação de uma página específica, foi criado um *site* não oficial, junto a uma das listas de discussão, chamado parto natural,<sup>286</sup> e nele se encontram informações sobre a Rede e eventos a ela ligados. A utilização dos meios eletrônicos de comunicação, impressão e edição de materiais<sup>287</sup> é marcante e crescente na trajetória da Rede, em geral de ONGs, grupos e pessoas a ela articuladas. Ainda há, no entanto, algumas pessoas mais

---

<sup>284</sup> [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br)

<sup>285</sup> Trata-se de um grupo que tem por objetivos divulgar informações e colocar em contato mulheres que deram à luz ou que querem informar-se acerca de parto e nascimento em uma perspectiva humanizadora. No *site* encontram-se itens diversos: depoimentos pessoais, artigos, eventos, lista de profissionais indicados pelo grupo coordenador, informações de eventos. Tem havido uma atuação estreita nestes dois últimos anos entre suas coordenadoras e a REHUNA, sendo que há um tópico intitulado: 'O que é a REHUNA?', bem como uma grande parte de textos, artigos e mesmo depoimentos disponíveis feitos por membros da Rede. Mais recentemente, suas coordenadoras têm participado de eventos reais na cidade onde moram (SP), sugerindo uma possível representatividade civil das mulheres (parturientes e mães).

<sup>286</sup> [www.partonatural.com.br](http://www.partonatural.com.br)

<sup>287</sup> Os materiais vendidos em CD-ROMs, entre os anos de 2000 e 2002: *A arte de viver com os índios/ Meditação para gestantes*, entre outros, e as palestras e conferências feitas em *power point*..

avessas a seu uso, em geral aquelas mais identificadas com o ideário alternativo, sugerindo que há hegemonia dos *profissionais modernizados* e não exatamente consenso entre todos os participantes.<sup>288</sup>

Esta dimensão não estava colocada de forma explícita na fundação da Rede, observa-se que será usada, cada vez mais, por seus ativistas, não apenas em função de objetivos militantes, mas porque passou a corresponder à própria incorporação do seu uso no cotidiano das pessoas que integram o Movimento, ou seus simpatizantes: setores de classes médias urbanas, profissionalizadas em áreas crescentemente usuárias da informática – como a da saúde – e de tecnologia de ponta. Além disto, cabe lembrar que um dos mitos de origem deste meio de comunicação é, justamente, a contracultura californiana, dentro de seus sonhos de uma sociedade “altamente democrática e, secundariamente, anárquica”, conforme a expressão de Gustavo Lins Ribeiro.<sup>289</sup>

Mas, se os meios de comunicação mudaram, o estilo afetuoso permanece, cada vez mais, permeado por signos do espiritualismo, e está relacionado ao entrelaçamento das duas vertentes principais do ideário, sendo que uma marca registrada da Rede é a valorização dos laços afetivos e uma linguagem das emoções:

*O que tem acontecido é que as pessoas andam armadas, sem abrir o coração. E eu percebo que como as pessoas estão assim, eu mesma não me abro. Eu até acho que me abro mais com as pessoas de fora... Mas eu quero que as pessoas cheguem, que se sintam bem vindas, eu quero que as pessoas se desarmem, porque como é que as pessoas vão escutar se elas estão armadas? O primeiro movimento quando você conhece algo que é muito diferente do que você faz é a negação, num processo dialético. Só depois quando você vai se abrindo é que você consegue. Então por exemplo, nós estamos neste momento com tudo que é bonito no parto, conseguindo a negação de muitos profissionais que em primeiro lugar ainda não descobriram a beleza da assistência humanizada. No momento que descobrem as pessoas se derretem e não têm como se defender, entra direto no coração, corações e mentes. (Diana, médica, São Paulo).*

A realização de atividades de grupo, com o objetivo de aproximar as pessoas e *abrir o coração*, é vista como estratégia de fortalecimento desse grupo, uma forma de sua humanização interna, e se fez presente desde a realização da Primeira Plenária Nacional da

<sup>288</sup> No grupo local, por exemplo, Isadora, Mabel, Flavinho e Marília não usavam a *internet*, tendo ficado excluídas de informações importantes e forçando o grupo a trabalhar com outras formas de comunicação mais convencionais (como telefone, bilhetes e visitas).

<sup>289</sup> RIBEIRO, Gustavo Lins. Política cibercultural: ativismo político à distância na comunidade transnacional imaginada-virtual. In: ALVAREZ, Sonia; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo. *op.cit.*, p.465-502.

Rede que ocorreu, simultaneamente, ao Encontro de Gestação e Parto Conscientes, no Rio de Janeiro, em 1994, persistindo até hoje, mesmo com o processo de institucionalização, expansão e maior racionalização dos últimos anos.<sup>290</sup>

As trocas de cartas entre coordenação nacional e grupos locais acentuam um aspecto que parece ter sido o complicador inicial da Rede como um todo: o da comunicação e da articulação de ações. No final daquele ano de 1994, buscava-se organizar um evento de grande abrangência – o Encontro Nacional da REHUNA – tendo sido feitas várias tentativas. Apesar das iniciativas para a realização desse encontro em diferentes lugares, as dificuldades financeiras e de comunicação deram origem a sucessivos adiamentos.

A Secretaria Executiva da Rede, conforme fora decidido na reunião inaugural, ficou a cargo de um dos grupos já organizados, e a coordenação contaria com a representação das diferentes regiões, como Pernambuco, Rio, São Paulo, Goiás e Santa Catarina. Naquela ocasião, o Grupo Ceres, de Goiás, era o responsável pela coordenação e articulação das primeiras ações da Rede. Posteriormente, a executiva foi passando para grupos de outras localidades: São Paulo, Rio de Janeiro e Recife, onde esteve até o ano de 2002.

Cabe ressaltar que as dificuldades de realizar o Encontro Nacional, previsto inicialmente para Salvador e, depois, para Olinda, foram resolvidas de uma forma muito peculiar: o Instituto de Terapias Aurora, do Rio de Janeiro, que já tinha organizado dois encontros sobre *Gestação e Maternidade*, ofereceu seu espaço para sediar a Plenária da REHUNA Nacional, de forma simultânea, a fim de aproveitar o deslocamento das pessoas até o Rio de Janeiro. A proposta feita por uma das coordenadoras do Instituto e fundadora da REHUNA foi prontamente aceita pelos integrantes da Rede. Assim, em novembro de 1994, realizou-se a plenária nacional, juntamente com o *Encontro Parto e Gestação Conscientes e Encontro Maternidade Consciente*, no Rio de Janeiro.

A realização dos dois eventos simultâneos teve como conseq ncia a imbricação entre as atividades tradicionais do Instituto Aurora – oficinas, palestras, vivências comuns ao campo alternativo – e as atividades políticas e científicas mais tradicionais – palestras e

---

<sup>290</sup> Vale registrar, por exemplo, os folders de divulgação das Plenárias da REHUNA e Encontro Parto e Gestação Conscientes, que costumam incluir a *Benç o Ecumênica  s Grávidas, pais e beb s*, com a qual se inicia o evento, e cujos dizeres finais são: *Que assim seja!Amem-se!*

conferências – envolvendo os temas parto, gestação e nascimento. Neste encontro, chama a atenção o apoio da *Revista Pais e Filhos*, importante formadora de opinião das camadas médias urbanas àquela época: a presença do Dr. Rinaldo de Lamare, conhecido pediatra e escritor, autor de um livro clássico de puericultura no Brasil,<sup>291</sup> com inúmeras edições e de Cássia Kiss, atriz de televisão, bastante conhecida, através da mídia pelo seu estilo alternativo de vida, naquela época, grávida e identificada com o ideário.

A partir daquela data, todas as Plenárias Nacionais da REHUNA seriam realizadas juntamente com o Encontro do Instituto Terapias Alternativas Aurora – à exceção da plenária de 2000, ocorrida em Fortaleza, concomitantemente, ao Congresso Internacional de que REHUNA foi protagonista. A preocupação em fazer as Assembléias juntamente com eventos de cunho científico, que possam justificar a participação de profissionais enquanto tal, é uma constante da Rede desde aquela época, e a forma encontrada para garantir a presença de pessoas de vários locais do Brasil. A partir desta estratégia, os *rehunidos* conseguem garantir o financiamento para as viagens e a justificativa para ausentarem-se dos seus locais de trabalho, o que garante uma participação mais ampla.

A ação quase salvadora do Instituto Aurora, possibilitando a primeira plenária, parece ter conferido um grande prestígio ao grupo neo-espiritualista que era minoritário no contexto de fundação da Rede. Esta coincidência ou este acaso teve desdobramentos decisivos no processo de consolidação de uma identidade para a REHUNA que passou aos poucos a articular duas matrizes discursivas,<sup>292</sup> já presentes em Campinas. Apesar de influenciadas pelo feminismo, as pessoas de ambas as vertentes eram vistas como muito diferentes pelos próprios participantes: a biomédica e a neo-espiritualista:

Eu conheci Anjinha em 94. Fiquei um pouco espantada com a diversidade no começo, afinal eu era *cientista*, então, teve todo um processo meu de crescimento, não só pras Ciências Sociais mas como pra medicina alternativa na questão da naturalidade. Hipóteses que podem ser às vezes esotéricas ou medicinas alternativas, então teve que ter um processo de abertura e crescimento meu pra poder englobar tudo isso (Diana, médica, São Paulo).

<sup>291</sup> LAMARE, Rinaldo de. *A vida de seu bebê*. 41 ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

<sup>292</sup> Para Eder Sader, a emergência de sujeitos coletivos implica na constituição de discursos que lancem mão de um sistema de referências compartilhado pela fala e por seus ouvintes. Cf. SADER, E. op.cit., p.60.

Como esta, várias outras confissões foram ouvidas no trabalho de campo, as quais apontam para a vertente alternativa. A capacidade de organização e a *energia* do Instituto Aurora, do Grupo Ceres, e outras lideranças do campo alternativo tiveram um papel importante na consolidação da REHUNA e contribuíram para que suas concepções fossem adquirindo legitimidade junto aos *rehunidos* de perfil biomédico, como Renato que, em certa ocasião, fez um comentário similar ao de Diana, acerca dos *alternativos*. Além disso, muitas pesquisas científicas da corrente *baseada nas evidências* vinham de encontro às propostas defendidas pelos alternativos, como bem ilustra o depoimento de Beatriz:

Eu acho que uma das coisas mais legais que a REHUNA tem é a possibilidade de respeito às diferenças. Então assim, o pessoal mais médico, era o pessoal que via nos documentos da OMS, assim como autoridade científica, um reconhecimento do que elas vinham falando, e um conferir de mais autoridade pra elas no trabalho que elas faziam. Então era super importante estar reforçando este lado. *O pessoal que vem dessa área mais alternativa não tinha preocupação com este tipo de racionalidade, é outra lógica, ... cada um tinha a sua crença mesmo. A coisa da crença do não invasivo, do alternativo, da concepção diferente de energia. E assim, por mais riscos que tenha esta abordagem, tem que ser dado um crédito muito interessante pra elas. Elas se anteciparam com estas evidências. Então tudo isso, do não invasivo, de prevenir, do direito a acompanhante, da mudança de posição, tudo isso vem dessa turma* (Beatriz, médica, São Paulo).

Cabe notar que um componente casual e até prosaico permitiu que este diálogo se estabelecesse, conferindo uma legitimidade significativa a um grupo que, naquele contexto, manifestava sua capacidade organizacional e de articulação. O Instituto Aurora passou a convidar pessoas da área biomédica para seus eventos, realizados ao longo do ano e voltados para o tema, e este espaço se consolidou como um dos mais permanentes fóruns de troca de idéias do Rio de Janeiro.<sup>293</sup>

Se de um lado, os biomédicos foram tomando contato com o mundo alternativo através dos Encontros da Anjinha – como são conhecidos – também é verdade que os alternativos foram incorporando elementos do campo biomédico. O próprio formato destes encontros revela essa fusão de *ethos* e, até mesmo, de matrizes discursivas: os encontros atuais têm tido um formato científico-acadêmico, sendo realizados dentro desses espaços com uma organização que se distancia do estilo *hippie* dos primeiros encontros, onde

<sup>293</sup> *A gente se conheceu no Encontro da Anjinha* (como é conhecido), contam alguns ativistas do grupo local, em uma das reuniões onde alguém traz o folder divulgando o encontro daquele ano; *ela (Anjinha) sempre insistiu para eu ir, mas acabou que nunca conseguiu ir ao Encontro*, conta Flavinho, em outra ocasião.

predominava a realização de oficinas, vivências e retiros naturalistas em um sítio ou uma casa ampla, cedida por algum integrante do grupo.<sup>294</sup>

### **Iniciativas Institucionais**

No Rio de Janeiro, fruto da iniciativa de um grupo composto por várias pessoas ligadas à REHUNA, foi inaugurada, em 1994, a Maternidade Leila Diniz, considerada

---

<sup>294</sup> Acompanhei um destes encontros, em 2002, no qual várias pessoas comentavam as mudanças, a partir, sobretudo, da exposição de um mural com fotos de todos os Encontros e Assembléias da REHUNA. Nestas fotos, ficava extremamente claro o estilo hippie e informal, nos moldes daquele modelo comunitário inicial, em contraste com o modelo formal, presentes nos encontros mais recentes e naquele do qual eu participei.

a pioneira no país em termos de humanização. Tratava-se de resultado de um grande esforço institucional feito pelo grupo carioca da Rede, à época com uma inserção significativa na Secretaria da Saúde do Município. A reforma e a reabertura de um antigo hospital da região de Jacarepaguá, na periferia urbana, envolveu um processo significativo de capacitação de profissionais, incluindo-se desde aspectos técnicos – no sentido das recomendações da OMS – até os mais subjetivos, através de oficinas e vivências, muitas delas com a participação de profissionais do Instituto Aurora.<sup>295</sup>

O projeto foi assumido por uma equipe de profissionais identificados com o ideário da humanização, cujo empenho foi decisivo para que a Maternidade fosse transformada na primeira experiência pública de humanização da assistência. O nome Leila Diniz, ícone das feministas brasileiras, não era exatamente uma referência para as classes populares a quem prioritariamente a Maternidade atenderia, mas demarcava, nominalmente, a perspectiva feminista que resultara na realização daquele projeto.<sup>296</sup> A Maternidade Leila Diniz é hoje um estabelecimento de médio porte, com capacidade para 30 pessoas e, entre suas rotinas, destacam-se o direito da mulher ter um acompanhante de sua escolha, alojamento conjunto, o programa Mamãe Canguru, incentivo ao aleitamento e vínculo precoce, incentivo a técnicas mecânicas de alívio da dor, incentivo ao parto vertical – incluindo o de cócoras - oferta de cursos de preparação para o parto.

A experiência dessa Maternidade, na adoção de uma perspectiva humanizadora foi muito bem sucedida e serviu de exemplo para a Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis. A partir de contatos que, já à época, transitavam pela REHUNA, foram trazidos profissionais da *Leila Diniz* para assessorias e conferências com a equipe de saúde do HU, dentro da estratégia de convencimento dos profissionais mais arredios às inovações

---

<sup>295</sup> A dissertação de uma das idealizadoras da maternidade, vinculada à REHUNA, analisa este processo de formação dos profissionais, já que se entendia que a humanização passava pela implicação pessoal das pessoas envolvidas com o processo “do nascer e do parir”. Também encontramos documentação sobre este processo na publicação *Saúde em Foco*, da SMS-RJ, que dedicou um número completo da revista para o assunto. A maternidade tem sido alvo de outros estudos, como o de Rosa Domingues (também da Rede), analisando a questão acompanhante, com o objetivo de acompanhar a aceitação das novas rotinas propostas pelo grupo. Cf. DOMINGUES, op. cit. e RATTO, op.cit.

<sup>296</sup> Leila Diniz, atriz carioca conhecida por sua liberalidade sexual, teve um papel importante no imaginário relativo à gestação, em função de ter desnudado sua barriga durante a gestação, em uma época em que o costume era escondê-la. Cf. GOLDENBERG, Miriam. *Toda mulher é meio Leila Diniz*. Rio de Janeiro, Record, 1984.

propostas pelo Grupo Interdisciplinar de Florianópolis, particularmente o parto de cócoras e a figura do acompanhante no parto.

No que tange a este último, após várias avaliações positivas, foi determinado, em 1998, que essa rotina da Maternidade Leila Diniz fosse estendida a toda a Rede Municipal de Saúde, através de uma Resolução Municipal (Resolução 667/98). Tal determinação garante a toda parturiente o direito de escolher um acompanhante para o processo do parto.

Em São Paulo, a REHUNA contava, desde sua fundação, com um dos mais numerosos grupos de ativistas, sendo hoje o Estado que tem a maior quantidade de associados. Desde início dos anos 90, lá já havia algumas movimentações no campo do parto alternativo, em torno da Associação Antroposófica da Favela Monte Azul, na qual existia uma parteira que fazia partos domiciliares e, depois, em uma Casa de Parto.

Além de atender as mulheres pobres com sua prática não-convencional, essa parteira, que viera da Alemanha, passou a atender um pequeno contingente de mulheres e casais de camadas médias que buscavam formas não convencionais de assistência. Ao entrar neste circuito, inclusive atendendo militantes da REHUNA e de movimentos alternativos que a procuravam para fazer os partos de seus filhos, a referida parteira passou a envolver-se com a rede e com o movimento, em um período em que muitas destas pessoas estavam atuando em postos importantes dentro da Prefeitura da cidade de São Paulo, na gestão de Luísa Erundina<sup>297</sup> e que criaram espaços de participação aos movimentos de mulheres e de saúde paulistanos. Naquele contexto, e também em função dos espaços de participação, abertos pelo governo, em especial o de feministas em instâncias municipais, houve uma ampliação do debate acerca da assistência ao parto, incluindo-se a delicada pergunta: *quem deve atender o parto?* Tratava-se, assim, de um contexto em que entidades corporativas – a das enfermeiras – começavam a discutir as orientações da OMS, francamente favoráveis a uma flexibilização do campo da assistência, ao mesmo tempo em que a categoria médica, em geral, posicionava-se contra este tipo de recomendação. O caso da *parteira alemã* - que, segundo o CRM-SP atuava no exercício ilegal da medicina – pelo fato de ser formada por uma Escola de Parteiras e não de

---

<sup>297</sup> Luísa Erundina, pelo Partido dos Trabalhadores, foi prefeita da cidade de São Paulo, entre 1992-1996.

Enfermagem, temperou o debate que se acirrava em São Paulo,<sup>298</sup> e que permanece até hoje, no campo da assistência. A experiência da Casa de Parto da favela e da situação de Ângela foi tema de debates, homenagens, estudos e reportagens das mais diversas, muitas destas tendo como protagonistas as profissionais e pesquisadoras do campo da enfermagem. Beatriz, da REHUNA de São Paulo, assim refere-se a ela:

*Ela foi a minha parteira. Ela seria minha parteira em três gravidez: uma ela teve que ir viajar, no segundo eu perdi o bebê e no terceiro ela morreu. Eu dedico e agradeço a minha tese a cem pessoas, e eu digo que ela é uma santa na minha estação(...) Gente! Ela era uma figura de outro planeta, completamente. Além do quê, tocava violino. A Ângela era uma pessoa muito doída e muito boa profissionalmente! Muito competente! Dessas pessoas que veio ao mundo pra ajudar (...) Ela adoeceu na mesma semana que eu comecei a ter sangramento do parto do Daniel. Ela morreu no dia em que o meu filho nasceu! (Beatriz, médica, São Paulo)*

Entre 1997 e 1999, a Secretaria Executiva da REHUNA ficou a cargo do Núcleo São Paulo, período no qual foi criado o GENP – Grupo de Estudos sobre Parto e Nascimento – dentro da Secretaria de Saúde do Estado. Naquela ocasião, foram organizadas várias atividades em parceria com a Rede, tais como *Vitrine da Humanização em São Paulo*, um evento grande, de âmbito estadual, direcionado ao setor de saúde materno-infantil e que contou com a presença de palestrantes do campo biomédico, ligados à REHUNA. Também foi criado um instrumento de comunicação e informação, dos mais efetivos, dentro do movimento – o Boletim do GENP – que discutia as recomendações da OMS, apoiado em literatura especializada da área biomédica. Muitas obras, não-traduzidas para o português, eram resumidas e resenhadas, conferindo densidade ao pequeno boletim de duas páginas. Nele vão aparecer várias referências a Robbie Davis-Floyd, que foi indicada pelo grupo para participar da Conferência de Fortaleza. As primeiras traduções e a distribuição dos materiais de organismos internacionais também foram feitas por pessoas deste grupo, que aliavam a perspectiva militante ao trabalho profissional.

---

<sup>298</sup> Uma das ativistas da REHUNA desenvolveu uma dissertação em saúde pública sobre a Casa de Partos de Monte Azul, incluindo o período funcionava a Casa de Partos junto ao ambulatório, e fez uma análise minuciosa do trabalho desenvolvido pela parteira com as mulheres da favela, levantando dados relativos à escolha do acompanhante, aos procedimentos realizados e à história da associação e da *parteira alemã*, que veio a falecer subitamente no início do ano de 2000. Cf. HOTIMSKI, S. *op.cit.*

Como vemos, em São Paulo, as ações estiveram voltadas para uma interlocução forte com o campo biomédico, de certa forma similar ao que aconteceu com o grupo carioca. Nelas ficam evidentes a inserção das principais lideranças do campo político, a circularidade de pessoas e projetos entre as Escolas de Saúde Pública<sup>299</sup> e agências governamentais locais, a presença de um grande grupo de profissionais da saúde na teia do Movimento, bem como as reações da categoria dos médicos diante das propostas humanizadoras.

Enquanto isso, a REHUNA Nacional seguia com suas atividades, também num ritmo similar, e mantinham-se as plenárias anuais juntamente com o tradicional Encontro do Instituto Aurora, mas com uma inflexão peculiar. Muitas análises assinalam a freqüentes *refluxos* nos movimentos e ações coletivas: as mais recentes relativas à América Latina, indicam uma provável associação entre o refluxo do chamado *movimentismo* e o processo de abertura das agências estatais e institucionais a certos grupos civis. O caso da REHUNA ilustra esta situação, pois, entre os anos de sua fundação até a Conferência de 2000, parece ter havido uma atuação localizada em algumas cidades, apesar da pretensão de obter uma abrangência nacional.

Ao mesmo tempo, embora sem promover ou participar de ações coletivas fora do espaço profissional-institucional, os integrantes do grupo continuavam se encontrando ou estabelecendo relações no local de trabalho e nos espaços cotidianos de sociabilidade, uma vez que circulavam nos mesmos ambientes sociais e simbólicos, construindo e reproduzindo uma identidade de grupo.

Algumas pessoas percebiam essa atuação e, embora se ressentissem de uma maior organização formal, consideravam que, ao participar de espaços institucionais aos quais levavam suas idéias, estavam fazendo a Rede crescer: “Em 97, eu percebi que as coisas estavam ficando muito redundantes, que as pessoas se encontravam uma vez por ano para repetir as mesmas idéias, circular as mesmas propostas eu fiz uma ata e despachei para todo mundo pelo correio, para que em 98 a gente não repetisse tudo de novo, e foi o GENP que aos poucos foi assumindo a dianteira”.(Diana, médica, São Paulo)

---

<sup>299</sup> As principais escolas superiores de Saúde Pública e Coletiva, bem como de Medicina, encontram-se no eixo Rio-São Paulo: Fiocruz/ENSP no Rio, Escola Nacional de Saúde Pública (SP), além das Faculdades de Medicina, federais, estaduais e privadas de ambos os estados.

A chamada dupla identidade parece ser o principal motivo da amplitude das ações desenvolvidas pelos membros da Rede. Trata-se de profissionais que ocupam lugares importantes – não exatamente decisivos, mas com impacto – dentro de agências estatais ou de instituições corporativas e que, articulando seu trabalho profissional com o ideário da rede, conseguem resultados significativos e de forma, às vezes, pouco trabalhosa, como os exemplos da Lei do Acompanhante (RJ e SC), sem requerer mobilizações e fervor Movimentistas, embora alimentados pelos rituais do movimento – conferências e congressos – que serão examinados a seguir. O lugar destes profissionais em um país como o Brasil é decisivo para que estas ações, ainda que pontuais, sejam bem-sucedidas.

### **A Conferência de Fortaleza**

Foi somente no final do ano de 2000 que a Rede retomou seu fôlego associativista quando organizou, juntamente com outros atores institucionais, o Congresso de Fortaleza, intitulado Conferência Internacional sobre nascimento e parto (*International Conference on the humanization of Childbirth*), sempre referido pelos *rehunidos* como um marco de grande importância na história da Rede e da humanização. E somente a partir daí passou-se a falar de um movimento pela humanização de amplitude internacional. Também foi organizada pela REHUNA, a ABENFO, a Agência JICA de Cooperação Internacional,<sup>300</sup> entre outros. Neste evento criou-se a RELACAHUPAN – Rede Latino-Americana e Caribenha para a Humanização do Parto e do Nascimento. Como resultado de tudo isso, a idéia de que existia um movimento em prol da humanização da assistência se consolidou no Brasil, tendo obtido apoio do Governo do Estado do Ceará e assumido um caráter cosmopolita.

O formato da Conferência era, fundamentalmente, acadêmico-científico, com prazos de inscrição para trabalhos e pôsteres, comissão científica, mesas redondas, conferências, palestras e oficinas. A exibição de experiências concretas, já em curso nos diferentes países, no âmbito da atenção ao parto, era diversificada, mas, diferentemente da atenção convencional, era vista, juntamente com o expressivo número de participantes – a

---

<sup>300</sup> JICA (ligada à OMS) é uma agência de desenvolvimento que estava trabalhando há alguns anos junto ao governo do Ceará, envolvendo treinamento de parteiras e sua integração ao serviço de saúde.

todo momento lembrada – como um sinal de que o movimento estava explodindo pelos quatro cantos do planeta.

A abertura contou com autoridades dos governos estadual e municipal, bem como do Governador do Ceará, Tasso Jereissati. O então, Ministro da Saúde,<sup>301</sup> José Serra, havia sido convidado, em função das ações ligadas à humanização que vinham sendo desenvolvidas em seu Ministério, mas ele não compareceu. Entre as lideranças da Rede, lamentava-se que Serra tivesse sido vaiado no Congresso da ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva – que acontecera dias antes, também no Nordeste, o que certamente o levara a declinar a vinda a este Congresso. Este tipo de atitude, segundo Renato e outros obstetras da REHUNA, seria um equívoco político, uma vez que a proposta da REHUNA, já naquela ocasião, era conquistar espaços e apoiar qualquer iniciativa que viesse a favorecer a humanização da assistência: “Nada a ver, isto não se faz. Ao invés de abrir espaços, acaba nos colocando como inimigos de parceiros importantes. Devemos é conquistar estas pessoas, e não comprar briga com elas.” (Renato)

Efetivamente, a Rede, desde o seu início, adotara a estratégia propositiva de buscar de fazer alianças institucionais, em sua pretensão de fortalecimento das políticas públicas. A adesão às diretrizes da OMS e à própria Conferência, com diferentes tipos de apoio e participação institucionais e estatais, serve de exemplo para o tipo de ação que marca a trajetória de Rede – muito distante das posturas dos movimentos sindicais ou populares, cujas alianças, em geral, são eventuais e caracterizadas por uma visão instrumental que a REHUNA preferia não adotar.

A Conferência surpreendera pelo número de participantes e pelo seu cosmopolitismo e entusiasmo. Todos os ativistas referem-se a este evento como um dos marcos da expansão da humanização do parto – seja por questões políticas, seja por questões espirituais e de *avanço da consciência*:

O que é que foi, a Conferência? Foi um ato de amor nosso humanizador de acolhimento dos que estavam insatisfeitos com o processo do sistema.

---

<sup>301</sup>A gestão do Ministro Serra, em vários aspectos, era vista pela Rede como sensível às demandas de humanização da assistência: exemplos disso era a criação do programa Treinando Parteiros Tradicionais e os cursos de especialização em enfermagem obstétrica, que atendiam as propostas da OMS e do movimento de modificação na atenção ao parto. Também as mudanças no sistema de pagamento aos médicos pelos plantões (então, mais ligados ao número de cesáreas, ..) foram encampada por esta gestão, bem como a implantação dos programas de premiação do Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura e Prêmio Galba Araújo, os dois primeiros em conformidade com os consensos internacionais e o último, um programa nacional fortemente vinculado ao ideário da REHUNA, que participa da Comissão Julgadora.

E assim, sejam todos vocês bem vindos, tem espaço para todos vocês aqui, tanto é que só chegaram 80% a mais do que a gente esperava! Sejam bem vindos, a gente vai tentar acomodar todo mundo, satisfazer todo mundo, lamentamos não ter espaços para todos nos workshops.(Diana, médica, São Paulo).

*As vibrações e a energia positiva* do Congresso, comentadas em seus corredores, podiam ser, também, percebidas durante as palestras, freqüentemente interrompidas pelas palmas e manifestações emotivas da platéia, o que não é comum em eventos científicos. A própria mesa de Abertura foi marcada por esta linguagem da emoção, iniciando com o histórico feito pela presidente da mesa e integrante da REHUNA, acerca da escolha da cidade de Fortaleza para sediar o evento, como forma de prestar homenagem a Galba de Araújo e ao encontro da OMS de 1985, seguido da entrega de pequenas esculturas a um número significativo de pessoas com reconhecida atuação na luta pela humanização da assistência em todo o Brasil, e que durou cerca de uma hora. Todas elas eram convidadas ao palco: para cada homenageado, um homenageador e ambos proferiam um pequeno discurso. Este último narrava à platéia os feitos que o primeiro realizava em prol da humanização e, depois, agradecia e abraçava a pessoa agraciada com a escultura. Também foram lembradas duas pessoas que haviam falecido – Galba Araújo<sup>302</sup> e Ângela Gherke – e as homenagens póstumas lhes foram feitas em clima de bastante emoção, provocando lágrimas dos organizadores e aplausos da platéia.

A maioria dos participantes da Conferência eram mulheres e, destas, muitas eram enfermeiras<sup>303</sup>, fato que foi percebido desde a mesa de Abertura, quando a coordenadora da REHUNA lembrara, com pompa e circunstância, o valor destas profissionais, que tanto faziam pela humanização da assistência, e esta fala, fortemente aplaudida, se repetiu inúmeras vezes ao longo de todo o congresso- inclusive nos depoimentos delas próprias, chamando a atenção para sua invisibilidade e efetiva atuação no bem-estar das parturientes e bebês.

Embora a Rede fosse um grupo numericamente, pequeno, já nesta ocasião obtinha

---

<sup>302</sup> Galba Araújo, obstetra cearense, foi pioneiro dentro do campo biomédico no reconhecimento do trabalho das parteiras rurais, e responsável por sua integração ao sistema de atenção ao parto.

<sup>303</sup> Entre as pessoas que apresentaram trabalhos (comunicações, oficinas e pôsteres), a grande maioria eram enfermeiras (...), seguidas pelos médicos, psicólogos e cientistas sociais. Do grupo de Santa Catarina, estavam várias enfermeiras do HU, alunas do curso de especialização em enfermagem obstétrica, apresentando resultados de várias pesquisas, seja em pôsteres, seja em oficinas.

uma notoriedade significativa. Além da presença de várias pessoas que se identificavam como membros *rehunidos* nas principais mesas-redondas, as coordenadoras dos debates chamavam a atenção para a Banca da REHUNA, local onde um dos conferencistas mais ovacionados do evento, Michel Odent fez o lançamento de seu livro *A Cientificação do Amor*, cujos exemplares esgotaram-se rapidamente.

Durante o evento, o trabalho e o cansaço físico dos ativistas da Rede eram visíveis, mas, ao mesmo tempo, eles se sentiam gratificados pela superação das expectativas do encontro, pela amplitude e responsabilidade do mesmo, e pela imensa satisfação que sentiam em ver *um sonho tornar-se realidade*. Encontros fugazes em corredores, na mesa de lanche, na entrada dos auditórios e acompanhando palestrantes eram momentos em que exprimiam o contentamento pela beleza, impacto e *energia* do encontro, compensando as horas de sono e as refeições perdidas em prol de uma nobre causa.

Naquela oportunidade, foi reiterado que, em São Paulo, a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia estava realizando um evento nos mesmos dias e sobre tema similar, mas dentro do *paradigma convencional e tecnocrático* – o que podia ser visto como estratégia de contraposição à Conferência de Fortaleza. Esta informação, dada por uma das coordenadoras da REHUNA na abertura do Encontro, prosseguiu pelas galerias e bastidores. Em ocasiões subseqüentes, este fato voltaria à tona, como se tivesse adquirido crescente importância sugerindo ser um componente da identidade do grupo: “ Enquanto nós estamos aqui em Fortaleza, discutindo os rumos da humanização do parto, lá em Brasília eles – os médicos intervencionistas – discutem como continuar fazendo cesáreas.” (Diana.)

Este fato merece destaque, já que a Conferência é vista como eixo da afirmação de um movimento social, qual seja, sua identidade. Neste sentido, o destaque dado à existência de um forte adversário – representando o avesso da humanização – vem a constituir a alteridade do Movimento pela Humanização, motivo pelo qual fica clara a existência de um processo identitário de tipo contrastivo, tal qual sugere Roberto Cardoso de Oliveira, que argumenta que a constituição de uma identidade coletiva implica, necessariamente, na identificação deste Outro, já que ela é sempre e, por definição, contrastiva.<sup>304</sup>

---

<sup>304</sup> Cf. OLIVEIRA, Roberto Cardoso. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1976. p.5.

Isto se confirma em um texto nativo, de caráter político, intitulado *As Falésias do Parto Humanizado*, encaminhado a uma importante revista científica no campo da obstetrícia, cerca de três anos depois quando algumas lideranças nacionais da Rede referem-se ao Congresso, justamente como marco histórico da luta pela humanização da assistência e do campo de conflitos, nos quais os obstetras convencionais são vistos como adversários:

Humanizar o nascimento é devolver protagonismo à mulher.

O último encontro internacional de humanização do nascimento ocorreu no ano de 2000, na bela cidade de Fortaleza - Ceará, patrocinado, entre outros, pelo Ministério da Saúde, OMS, Japan International Cooperation Agency e REHUNA. Nesse encontro estavam presentes as maiores autoridades mundiais em humanização do nascimento, além de autoridades da área da saúde do mundo inteiro. Foi um evento marcante, pela *consolidação das idéias de respeito à dignidade da mulher, e à compreensão do parto como evento sagrado dentro de um fundamental rito de passagem.*

Findo o encontro, fomos conhecer a bela praia de Canoa Quebrada. Na costa deste recanto maravilhoso do litoral nordestino erguem-se belíssimas e multicoloridas falésias, de onde se extrai a areia que é usada no artesanato local. Ao avistar as belas e altivas construções que embelezam o litoral, não pudemos deixar de imaginar há quantos milênios estas íngremes escarpas suportam a agressão continuada do poderoso oceano aos seus pés. Conseguimos, então, entender que, assim como elas, *o processo de humanização do nascimento sofre com a violência daqueles que, por negarem-se a enxergar a relatividade e temporalidade de seus paradigmas, agridem o processo milenar do parto, acreditando serem as mulheres intrinsecamente incompetentes para o conduzirem. Entretanto, não apenas o brio e a nobreza das falésias milenares nos trouxe aprendizado. As escarpas respondiam aos golpes do mar agressor colorindo de rosa as ondas que lhe agrediam, e assim deve proceder a humanização do nascimento, respondendo aos ataques do tecnicismo desmedido com a brandura das evidências e a suavidade de nossas condutas.*<sup>305</sup>

Esperamos que o milênio que se inicia nos mostre o melhor caminho a seguir, para um futuro mais seguro e menos violento para toda a humanidade. (grifos meus)

---

<sup>305</sup> REHUNA. *A falésia do Parto Humanizado*. [s.l.] 2003.

Este documento, fruto de um debate feito na Assembléia da Rede em 2002, fazia parte da estratégia de convencimento dos profissionais da assistência, motivo pelo qual foi

enviado a uma revista especializada. Ficam claras não só a centralidade que a Conferência adquiriu para a consolidação do Movimento, como também o uso de metáforas que associam as mudanças e o movimento social a fenômenos naturais e suas dinâmicas, que é recorrente nos materiais produzidos pelo grupo.

A Plenária da REHUNA, realizada durante a Conferência, em um hotel cinco estrelas na orla marítima da cidade, foi vivida por seus membros também como *histórica*. Não faltou quem lembrasse do apoio da imprensa ao evento e da repercussão que obtivera em função do seu cosmopolitismo, e pela vinda de *cientistas estrangeiros de renome mundial*. Marcando, simbolicamente, as discussões realizadas, foi elaborado um documento naquela ocasião: *Carta de Fortaleza*.<sup>306</sup> A Plenária subscreveu a proposta elaborada por duas pessoas da coordenação da Rede. Este documento tem as mesmas proporções da Carta de Campinas, não apenas por sucedê-la e seguir o mesmo formato, mas, principalmente, porque vinha simbolizar uma nova fase do Movimento, marcada pela expansão e internacionalização, à exemplo do público da Conferência, bem como pela capacidade de intercomunicação e entusiasmo que se estabelecia entre seus membros. O grupo de Florianópolis recuperou seu fôlego inicia a partir desta Conferência e, ao retornar, buscou encaminhar algumas das propostas da REHUNA discutidas na Plenária, entre elas a campanha pelo direito ao acompanhante.

A Carta de Fortaleza inicia-se fazendo referência aos quinze anos que separavam aquela plenária do encontro promovido por Galba Araújo na mesma cidade, e que resultara na elaboração do documento da OMS, Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto, destacando o caráter específico daquela ocasião – a entrada do *novo milênio* – e, em vários momentos do texto, faz menção às questões sociais e planetárias que norteiam as propostas da humanização do parto e do nascimento:

Um novo milênio nasce. Esperança que se renova de uma vida melhor para todos paz, justiça e fraternidade, num mundo com mais harmonia e menos desigualdade. Conhecimentos e tecnologia a serviço da humanidade, com respeito às diferenças culturais e religiosas. O fim da fome e da miséria, educação e saúde como direitos fundamentais

---

<sup>306</sup> REHUNA. *Carta de Fortaleza*. Fortaleza, 2000.

disponíveis a todos, direitos sexuais e reprodutivos garantidos para mulheres e homens.  
Respeito e proteção ao meio ambiente, preservar o planeta, nossa casa.<sup>307</sup> (Carta de Fortaleza)

Cabe ressaltar aqui o componente ambiental, ecologista, que não estava explícito na *Carta de Campinas*, ainda que muitas pessoas, ali presentes, tivessem envolvimento com grupos e ações ambientalistas. No entanto, agora a *questão planetária* aparece fortemente associada aos conteúdos feministas que permanecem e até são detalhados em dez pontos (*dez certezas*) relacionados à atenção ao parto e aos direitos da mulher. Apesar de se aproximarem dos conteúdos feministas da carta fundadora, incluem pontos mais específicos referentes ao direito à acompanhante, ao plano de parto, ao aleitamento materno e ao acesso à rede de serviços.

A crítica ao intervencionismo obstétrico e ao abuso de cesáreas, ainda praticadas no país, é mantida, mas há um acento maior na necessidade de embasamento científico das decisões, ao mesmo tempo em que se mencionam as questões ligadas a quem e onde assistir o parto, e ainda, à necessidade de escutar as mulheres e saber de suas necessidades. Mas o mote da carta, sem dúvida, é dado pelo sentimento de entrada no milênio, relacionado à consciência ecológica e à necessidade de paz: “Um novo milênio. Como queremos que nasçam nossos filhos e filhas? Como queremos que sejam assistidas as mulheres que perpetuarão a vida em nosso planeta? Como queremos receber estes novos seres humanos?”

A presença clara e explícita de elementos do discurso ecológico parece ter adquirido crescente importância no ideário da Rede. Não que ele não estivesse presente desde o início- não esqueçamos que o livro de Michel Odent sobre parto chamava-se *Gênese do homem ecológico* e que a contracultura, em sua recusa à modernidade instrumental, enfatizava estes valores. O discurso feminista, marcante na fundação da REHUNA, aparece em Fortaleza, mas depois ele estará, crescentemente, imbricado com o ecologismo - seja nas referências explícitas que apontam para as categorias natural/natureza, animal/selvagem, fisiologia e instintos, seja também pela profusão de imagens que associam a questão do parto a elementos da natureza (flores, frutas, animais, paisagens), como podemos ver, sobretudo, no material impresso e nos vídeos. Em 2002, referências relacionando parto humanizado à ecologia são cada vez mais comuns: constam no título da

---

<sup>307</sup> Idem, p.2.

outra Conferência Internacional que teve lugar no Rio de Janeiro e, logo a seguir, em Florianópolis: *Ecologia do Parto e do Nascimento*.

Este acento na dimensão ambientalista sugere o crescimento de uma visão eco-feminista dentro do movimento, desenvolvido ao longo dos anos e que parece fazer parte de um processo de ecologização observado, por Manuel Castells, entre outros. Para ele, uma espécie de *cultura verde* teria se expandido nas últimas décadas em diferentes dimensões da vida social, ainda que, muitas vezes, de forma bastante diversa, ou mesmo como retórica:

*En general, con el aumento extraordinario de la conciencia, influencia y organización medioambientales, el movimiento se ha diversificado cada vez más, desde el punto de vista temático, alcanzando de las salas de juntas de las empresas a los callejones periféricos de las contraculturas, pasando por los ayuntamientos de las ciudades y las cámaras parlamentarias. En el proceso, se han distorcido los temas, y, en algunos casos, manipulado. Pero esta es la marca de cualquier movimiento social importante.*<sup>308</sup>

Para Castells, a legitimidade e popularidade do pensamento ecológico, com toda sua polissemia, não é casual, nem tampouco *fruto de uma consciência altruísta ou de um culto da nova era*: trata-se de uma temática relacionada, diretamente, às dimensões fundamentais da *sociedade da informação*, marcada pelas lutas sobre o controle do espaço e do tempo, bem como sobre a construção de novas identidades. Ciência e tecnologia são saberes decisivos para o ambientalismo, aspecto que se aproxima, bastante, do movimento pela humanização do parto: acredita-se que o conhecimento científico *baseado em evidências* é o principal caminho para garantir a legitimidade das propostas, como vimos na entrevista supra-citada de Beatriz.

Com efeito, é visível a crescente incorporação do ambientalismo em discursos de outros movimentos: indígena, comunitário, de trabalhadores rurais, de agricultores sem-terra e do feminismo, apesar deste último ser um dos campos em que as categorias natureza e seus corolários (instinto, intuição) são o eixo de permanente debate. Mas é, justamente, esta vertente do feminismo que vem se fortalecendo dentro do Movimento pela humanização articulando-se com o campo da saúde que já se consolidou como um dos mais

---

<sup>308</sup> CASTELLS, M. *La era de la información*. El poder de la identidad. Madrid: Alianza Editorial, 1999. p. 156

fortes campos de atuação nos últimos anos.



Figura 3 –  
Mulher sobre o Planeta



Figura 4 – Panfleto de divulgação da  
Lei do Acompanhante

Não apenas no plano dos rituais do Movimento eram reiterados os valores ecológicos e feministas, mas também no cotidiano essas concepções se faziam presentes: a literatura nativa e materiais de divulgação para o público leigo, produzidos pelos *rehunidos* e *rehunidas*, expressam a articulação que existe no ideário entre direitos das mulheres e a preocupação com o ambientalismo, como mostram as imagens acima.

### **Ecologia, Parto e Nascimento**

A *Conferência Ecologia do Parto e do Nascimento* foi o próximo grande encontro *da Rede*, e aconteceu em abril de 2002, no Rio de Janeiro. Foi um evento menor que o de Fortaleza. Havia menos instituições envolvidas na organização e, ainda que incluísse apresentação de pôsteres e painéis e contasse com um espaço para palestras e mesas redondas, ela assumiu um caráter explicitamente movimentista – apesar de seus vínculos com a academia – não só devido ao local de realização, mas ainda pela participação de docentes da Universidade.

Um dos idealizadores deste encontro, em entrevista concedida em meio às atividades que antecederam seu início, fala-nos da concepção que precedeu a escolha de seu nome:

A sociedade está procurando uma coisa mais harmônica com o próprio sentido da vida. Então assim, esse termo, ecologia do parto (...) me encanta pelo contexto da complexidade da vida. Se você pensa que tá tudo ligado, e que se a gente mata um mosquito o sapo morre de fome e você desequilibra tudo, nascer de uma maneira que você permita que você tenha uma relação com a mulher, com o companheiro, com a família. Daí você vai ter uma melhor relação com a sociedade, aí a gente tem uma sociedade melhor, a gente tem um mundo melhor... *Se você pensa que o parto pode ser ecológico nesse sentido, que a partir de um bom nascimento, de um bom parto, a gente consegue favorecer todo o desenvolvimento do ser humano, esse é um ato ecológico.* Então eu gosto desse termo, acho que ele é um pouco o encontro do que a gente sente que hoje o mundo inteiro questiona né, essas coisas mesmo, como o tanto da violência que a gente vive, da desigualdade, da guerra, seja do terrorismo, seja da miséria e da fome, como é que a gente avança? (Marcelo, médico, Rio de Janeiro). (grifos meus)

O evento foi realizado durante um final de semana, no campus da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Na programação, constava a abertura oficial, que aconteceu na noite anterior ao início dos trabalhos, para a qual se deveria adquirir convite, antecipadamente – um evento fechado – sendo que os demais momentos eram todos abertos ao público. No hall de entrada do auditório, havia alguns estandes, entre eles, o da REHUNA, em que se vendiam camisetas, vídeos, livros e panfletos, e onde os interessados podiam se associar à Rede. Além disto, havia uma exposição de painéis, contendo resultados de pesquisas ou trabalhos desenvolvidos no campo da assistência ao parto. As palestras e debates aconteciam no auditório, em um palco que fora cuidadosamente decorado com inúmeros vasos de flores, forjando uma espécie de cenário natural. Os horários previstos para início das atividades não foram observados, gerando alguns atritos entre público e organização e um stress entre os próprios organizadores. Uma incansável e agitada equipe de recepção - inscrições, recibos, distribuição de crachás – circulava pelos bastidores do evento, sendo composta por estudantes do Curso de Enfermagem (um dos promotores do encontro) e por alguns adolescentes, filhos de organizadoras do evento.

Entre as *atrações* – para usar termos nativos – do evento estavam Michel Odent, que viera da Inglaterra, e Robbie Davis Floyd, dos Estados Unidos. Os dois conferencistas estrangeiros falavam em inglês, sendo traduzidos simultaneamente. As palestras e mesas-

redondas, diferentemente de Fortaleza, não previam tempo de debate com o público. As pessoas restringiam-se a comentar as falas nos corredores, e os participantes não pareciam estranhar este fato, o que atesta o espírito do evento, malgrado suas articulações com a universidade. A relação do público com os palestrantes era diferente daquela que é comum nos eventos das ciências humanas: uma relação em que críticas, debates e polêmicas são moeda corrente. Os discursos – aí incluindo o que está escrito em seus livros – eram tomados como expressões objetivas da verdade, e as críticas concentram-se em aspectos relativos aos dados empíricos observados.

Médicas, enfermeiras, algumas parteiras e índias, eco-feministas e *cientistas*, bem como militantes da REHUNA participaram das mesas-redondas, ao lado daqueles que eram também funcionários da Secretaria de Saúde Municipal, espaço de atuação de vários ativistas da Rede, e patrocinadora do evento, além dos cursos de Enfermagem daquela universidade, de onde também advinha parte significativa da platéia. Se a presença dos palestrantes estrangeiros foi, extremamente, apreciada pelo público, também o foi as de duas mulheres da tribo *iauareté*, de São Gabriel da Cachoeira. Uma delas falava *iarauté* a outra traduzia para o português; elas também encenaram como eram feitos os partos em sua região, e foram bastante aplaudidas. A presença dessas indígenas devia-se ao trabalho que vinha sendo desenvolvido por uma das rehunidas – através de uma pesquisa de tipo participativo – no campo da saúde reprodutiva, junto a este povoado.<sup>309</sup> Em diversas ocasiões após A Conferência, várias lideranças comentavam a forma *simples e sábia* que com que narraram e encenaram os partos realizados em sua tribo.

Após a apresentação do trabalho desenvolvido no Pará, Heloisa, do Grupo Curumim, passou a palavra para uma das mulheres que havia sido treinada em um dos Cursos de Capacitação de Parteiras Tradicionais. Tratava-se de uma jovem, com menos de trinta anos, e que, a partir do curso, viera a se tornar parteira. Segundo seu depoimento esta tradição familiar *teria sido perdida se não fosse a realização daquele trabalho na região*.

A programação do evento incluía momentos de lazer, e as/os participantes terminaram dançando entre si, e ainda puderam contar com a rápida adesão dos

---

<sup>309</sup> Este trabalho foi financiado pela Fundação Mac Arthur, que vem investindo em pesquisas de tipo participativo no campo da sexualidade e saúde. No caso desta pesquisa, a investigação consistia na aplicação de um questionário sobre história sexual e realização do exame preventivo do câncer. A pesquisa trazia dados importantes sobre a forma de parir das índias. Alguns destes resultados já haviam sido apresentados na Conferência de Fortaleza.

palestrantes, embalados pelos tambores e sambistas da Escola de Samba Juventude da Mangueira, do Rio de Janeiro, que promoveram um encerramento participativo, no qual todos passavam por um túnel feito de balões brancos, simbolizando o canal de parto.

O evento *Ecologia do Parto* aconteceu nos dias seguintes em Florianópolis, tendo uma programação local diferenciada, mas contando com os palestrantes principais do evento do Rio: Michel Odent e Robbie Davis-Floyd. O primeiro, falando de pé, ao microfone, em tom professoral, com apoio de um texto, sem mexer o corpo, e Davis-Floyd adotando um estilo performático: ela abandonara a mesa e circular de forma despojada e descontraída, entre os vasinhos de flores no palco, de microfone em punho chamando os auxiliares técnicos pelo nome,<sup>310</sup> estabelecendo, assim, uma relação de proximidade com o público. E, após perguntar à platéia se preferia que ela falasse em espanhol, dispensou prontamente o trabalho da tradutora e seguiu sua palestra em franca comunicação com a platéia com todos os participantes. A receptividade do público, que incluía, sobretudo, profissionais e estudantes da área da saúde, foi bastante grande, e o evento foi visto pelos *rehunidos* como um dos momentos-chave no fenômeno da conversão de alguns profissionais à humanização, como costuma acontecer nestes congressos.

Um ponto observado nas três conferências foi a participação de familiares dos *rehunidos* e *rehunidas*. Seja acompanhando as atividades, seja auxiliando na própria organização, não faltaram filhos – incluindo bebês – mães, irmãs, cunhadas e compadres, muitos dos quais eram citados durante as palestras, ou na forma de reconhecimento pelos apoios prestados, ou como testemunho de uma narrativa familiar, envolvendo o tema do parto e do nascimento.

Se a Conferência de Fortaleza era um misto de congresso acadêmico e político, vale ressaltar que, nas conferências *Ecologia do Parto*, seu caráter político ficou muito mais claro, visto seu empenho em consolidar uma identidade de humanização ao grupo.

---

<sup>310</sup> Davis-Floyd introduziu neste evento um estilo descontraído e pessoal: perguntou ao rapaz que auxilia na demonstração dos *slides* que trouxera sobre parteiras mexicanas, e repete, em voz alta, seu nome no microfone e, a partir daí, refere-se a ele sempre pelo nome próprio, estabelecendo uma proximidade e uma cumplicidade que serão adotadas depois pelas organizadoras.

### Parto humanizado e vida alternativa

Nos anos 70, a categoria *alternativo* indicava a geração engajada da década de 60. Falava-se em produção cultural alternativa para designar os diferentes movimentos na poesia, no cinema, na música, e que sugeriam mudanças nas formas de produção artística, buscando romper com os padrões da indústria cultural que começava a se impor, e era associada a uma condição marginal: “A classificação marginal é adotada pelos analistas e assim mesmo não sem certo temor e hesitação: fala-se mais em freqüentemente ‘ditos marginais’, chamados marginais...Geralmente ele vem justificado pela *condição alternativa*, à margem da produção e veiculação do mercado. Parecem mais rejeitá-lo, criar uma alternativa e não uma oposição”.<sup>311</sup>

Heloisa Buarque de Hollanda assinala que, nesse contexto havia se consolidado a então chamada *opção espiritual*, diferente da geração revolucionária dos anos 60, caracterizada pelo consumo de obras literárias de vanguarda e alternativas, nos anos 70. Esse *ethos* concretizou-se em alguns grupos, identificando-se com um modo de vida *desviante*, em que valores como des-repressão, liberdade e autenticidade tornaram-se fundamentais. Um caso exemplar destes setores são os grupos estudados por Gilberto Velho, em sua tese de doutorado<sup>312</sup>. Anette Goldberg, de outro lado, também utiliza o termo *alternativo* como forma de sublinhar o próprio campo político de esquerda, pós-ditadura militar, no qual se localizavam as minorias e as feministas.<sup>313</sup>

Nesse contexto, algumas figuras públicas tornaram-se importantes, como formadores de opinião, através de propostas políticas, livros, comportamentos, músicas e filmes, entre eles Leila Diniz, Caetano Veloso, Gilberto Gil, Rita Lee, Raul Seixas e de Fernando Gabeira: “Ao voltar ao Brasil depois de anos de exílio, Gabeira tornou-se uma espécie de porta-voz das reivindicações dos movimentos libertários para os veículos de

---

<sup>311</sup> Idem. p. 99.

<sup>312</sup> VELHO, G., op. cit.

<sup>313</sup> Observou-se, segundo a autora: « *la création d'un champ politique 'alternatif': de féminisme pour tous, pour des êtres humains plus heureux, pour un monde meilleur.* Cf. GOLDBERG, A op. cit., p.1.

comunicação, ao mesmo tempo que concentrou em torno de si o interesse – despertado pela campanha da anistia – pelos acontecimentos da luta armada.”<sup>314</sup>

Gabeira expressa e promove, de uma só vez, o deslocamento de uma visão política de esquerda tradicional a uma vida alternativa, passando pelos movimentos libertários – de acordo com sua visão. Desde o seu primeiro livro *O que é isto, Companheiro?*, seguido por *O Crepúsculo do macho* e *Vida alternativa*, o autor aborda meio ambiente, sexualidade e feminismo, e a este ele atribui grande impacto, associando-o a uma perspectiva *ecológica*, segundo a análise de Cláudio Novaes: “A racionalidade (poder) que diz respeito ao temperamento masculino, seria específica da natureza humana, enquanto *a emoção (anti-poder) que diz respeito ao temperamento feminino*, estaria mais próxima da natureza em geral. Como os movimentos libertários estavam voltados para uma valorização das identidades sociais, a valorização da natureza era mediada pela valorização da identidade feminista. Na medida em que Gabeira abandona os libertários, a natureza enquanto tal passa a ser valorizada. *O movimento ecológico, que diria respeito a uma preocupação com a natureza em geral, englobaria o movimento feminista.*”<sup>315</sup> (grifos meus)

Celebrações do feminino e das mulheres foram temas de produções artísticas de vanguarda, nos anos 70 e 80, <sup>316</sup> enquanto que nos movimentos sociais ocorriam articulações, como, por exemplo, as que ocorreram entre feministas e ecologistas em função de ações políticas conjuntas – eleições, campanhas civis, etc.

Heloísa Buarque de Hollanda traz bons elementos para se pensar na dimensão da distintividade destes setores, sobretudo quando acentua o significado que a produção e o consumo de arte e cultura de vanguardas passam a ter nos meios intelectuais alternativos:

A vanguarda, ainda que minoritária e criticada, já havia de há muito conquistado posições de poder no campo intelectual, tendo boa parte de seus integrantes próximos das instâncias de legitimação cultural do sistema. (...) assim, o contato com os concretistas era visto pelos mais novos como uma espécie de *serviço militar obrigatório*, ou seja, uma coisa árdua e talvez mesmo desagradável, mas extremamente proveitosa para a formação, exercício ou adestramento.”<sup>317</sup>(grifos meus)

<sup>314</sup> NOVAES, C. P.C. *Os Movimentos libertários em questão: A política e a cultura nas memórias de Fernando Gabeira*. Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

<sup>315</sup> Idem, p. 145.

<sup>316</sup> Como os filmes *O Futuro é mulher*, *Tomara que seja mulher*, *Em busca do paraíso*, *Cidade de mulheres*, entre outros.

<sup>317</sup> HOLLANDA, Heloísa Buarque. *Impressões de viagem*. CPC vanguarda e desbunde. Rio de Janeiro: Rocco, 1982, p. 67.

Vale lembrar que a idéia de vida alternativa não está separada da noção de vanguarda e, como tal, passa a ser um signo de distinção entre as camadas médias intelectualizadas. Assim, fica claro que a condição de diversidade neste universo não estava dada, era preciso o indivíduo ascender a partir de determinadas provações, tendo como fonte inspiradora a metáfora do *serviço militar obrigatório* que tanto poderia ser o acesso a determinadas obras literárias, como, por exemplo, o *parto em casa*, espécie de ritual de passagem que vinha conferir distinção ao casal/família e mesmo à criança que passasse por esta experiência. Robbie Davis-Floyd também registra este tipo de coerção que parece ser comum no movimento norte-americano, dizendo: “Não devemos fazer a GESTAPO do parto natural!”<sup>318</sup> O caráter claramente coercitivo com que os novos ideais de maternidade, tanto na gravidez quanto no parto, foram vividos pela geração de mães alternativas dos anos 70 é sublinhado por Maria Isabel Mendes Almeida, quando acentua que a gestação é o momento essencial na construção – persuasiva, segundo a autora – também de uma paternidade participativa.<sup>319</sup>

Como aponta Gilberto Velho, todo grupo constrói fronteiras simbólicas com os demais, e este fenômeno é observado também nas sociedades urbanas.<sup>320</sup> Assim, no universo que estamos analisando, são claras estas delimitações sempre reiteradas com fortes conotações políticas. A reafirmação da assistência humanizada implica estabelecer uma fronteira com aquelas que são convencionais, que não compreenderam, ainda, o *sentido do parto*. Mas esta constituição de fronteiras simbólicas – normais para qualquer grupo social – reveste-se aqui, muito particularmente, do elemento de distinção.

O pertencimento ao circuito ou *rede alternativa* de sociabilidade e serviços tem um elemento importante: o fato de conferir prestígio dentro do universo de camadas médias bem específicas através de um estilo de vida contracultural, que busca se afirmar diferentemente do convencional. É um elemento recorrente nos marcos das camadas médias de onde advém, na tradição de buscar distintividade e diferenciação das pessoas comuns e da cultura de massas.

<sup>318</sup> Cf. DAVIS-FLOYD, R. Humanização do parto: Entrevista. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v.10, n 2, 2002.

<sup>319</sup> Cf. ALMEIDA, M.I.M. op.cit., p. 83.

<sup>320</sup> Cf. VELHO, G. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

Esta ênfase na distinção constitui-se em franca oposição ao que está instituído, seja sob o aspecto tradicional, seja no que diz respeito à indústria cultural de massas. Ser alternativo representa claramente um *ethos* de camadas médias urbanas, escolarizadas, intelectualizadas, assalariadas em empresas estatais e com participação política seja em partidos de esquerda, seja em movimentos sociais contestatórios.

O cosmopolitismo é um traço forte e aparece expresso na ampla circulação de livros e revistas norte-americanas ou de língua inglesa, no manejo cotidiano de internet, viagens ao exterior e contatos com profissionais de outros países, consumo de bens como CDs, vinhos e comidas originais e legítimas, bem como um certo tipo de turismo muito próximo das elites realizado tanto no país quanto fora dele. Mas o país de maior prestígio neste louvor do cosmopolitismo são os Estados Unidos. Neste contexto, faz sentido a popularidade de Robbie Davis-Floyd no movimento brasileiro, vista como a *antropóloga da humanização* e até mesmo como a *Musa da humanização do parto*, forma pela qual a ela se referem algumas lideranças masculinas, nos últimos anos, não apenas por sua procedência, mas pelo fato de que toda sua crítica à assistência ao parto ter como alvo o que ela chama modelo tecnocrático - ou seja, o modelo norte-americano hegemônico de assistência.

É notável a referência com que termos ingleses são utilizados nos *sites*, nas palestras, nas conversas, é notável, contrastando com a pouca valorização de outras tradições culturais, em que experiências, teorias e mesmo obstetras identificáveis com o ideário são conhecidas, como Lamaze e Léboyer. O próprio Michel Odent embora faça a interface entre sua experiência pregressa com Léboyer e Pithiviers, atua, há anos, em Londres, onde instalou o *Centro de Estudos de Saúde Primal*. Desta forma, a língua mais presente nos eventos do Movimento é o inglês, mesmo que venha em prejuízo de uma comunicação mais ampla com o público, como o caso de Davis-Floyd que, apesar de dominar a língua espanhola, era sempre convidada a falar em inglês. O maior emprego deste idioma parece estar ligado ao tipo de formação que os profissionais da área da saúde recebem – na qual a língua inglesa é hegemônica – bem como à própria importância que esta língua atingiu nas últimas décadas no mundo inteiro. Assim, viagens e estudos no exterior tem especial valor, notadamente aqueles que são feitos nos Estados Unidos. O conhecimento de outras línguas também é valorizado, mas sobretudo, o da língua inglesa,

publicações em revistas científicas são valorizadas, mas, especialmente, aquelas feitas na língua inglesa ou nas anglo-saxãs, em geral.

Como observamos, anteriormente, há semelhanças entre o universo da REHUNA e os sujeitos da pesquisa de Gilberto Velho, bem como de outros autores que trabalharam com camadas médias urbanas na mesma perspectiva. Mas, há algumas diferenças: pouca valorização da psicanálise (por vezes, até desvalorização)<sup>321</sup> e uma grande valorização de outras abordagens terapêuticas, ainda que de bases individualistas, uma grande aceitação da espiritualidade e da religiosidade, mesmo fugindo um pouco dos parâmetros da contracultura mística-esotérica, avessa às religiosidades populares e tradicionais. No entanto, ao longo da trajetória da rede, constata-se uma mudança neste sentido: se as primeiras referências ideológicas vinham do campo da psicanálise e das neo-espiritualidades, hoje há um predomínio destas outras manifestações, também inscritas no marco do individualismo. Esta alteração parece apontar para um fenômeno mais amplo, ligado à expansão e imbricamento de neo-espiritualidades no Brasil contemporâneo, com religiões populares e tradicionais. A psicanálise e a militância clássica de esquerda (ortodoxa) são vistas como, excessivamente, racionais e pouco afeitas ao campo das emoções, fortemente valorizado: *sensibilidade*, *carinho* e *amor* são entronizados e, em alguns momentos, parecem resumir o sentido da humanização.

Em muitas situações, podemos perceber um significativo hiato entre as informações e reflexões dos médicos, epidemiologistas e outros, mais identificados com a vertente biomédica e com este tipo de discurso do que com as noções de direitos humanos e cidadania. Esta reflexão se faz presente, no entanto, nos grupos em que a vinculação efetiva com o movimento feminista, como no Curumim, no Ceres e no Coletivo Feminista, e com as reflexões das ciências humanas sobre o tema do parto/nascimento, que permitiriam uma reflexão menos simplista acerca da dimensão cultural do parto, ora reduzida a aspectos ritualísticos, ora vistos como *males a serem eliminados* da cena do parto, como sugere Michel Odent.

---

<sup>321</sup> Embora muitos dos autores utilizados como referência do parto humanizado tivessem ancestrais na psicanálise, no cotidiano do grupo, a psicanálise não goza a da mesma simpatia que outras técnicas, as pessoas costumam reportar-se a linhas tidas como mais alternativas – como terapias reikianas, yunguianas, e o amplo repertório de terapias corporais e /ou também chamadas de doces, como reike, florais, massagens orientais, yoga, etc.

Se o universo abarcado pela REHUNA pode ser, facilmente, inserido no campo das camadas médias urbanas e partilhar, com estas, uma série de atributos e código de valores, o campo alternativo apresenta algumas peculiaridades: há um *ethos individualista libertário*, variante do individualismo moderno, identificado com a contracultura e com os anos 60, conforme a análise de Tânia Salem:

Confiro aqui, aos anos 60/70, o estatuto de um recurso analítico para discorrer sobre uma modalidade particular de individualismo. (...) sustento que tais décadas cultivam e prescrevem um código moral - anunciador do que chamo de individualismo libertário – que, embora não se originando nem se esgotando nelas encontra aí uma forma privilegiada, senão paroxística, de manifestação. (..) A expressão *anos 60* recobre indistintamente movimentos, idéias e práticas; além disto, mais do que aludir a uma periodização estrita, subjaz a ela a hipótese de que o tom moral destes anos se prolonga para além deles.<sup>322</sup>

O Movimento pela Humanização do parto e do nascimento pode ser visto como um desdobramento do individualismo libertário-psicologizante que se articula com *setores heréticos* da biomedicina e ambas as vertentes ou matrizes influenciam-se mutuamente. Na REHUNA, o termo *alternativo* é bastante utilizado, por ser uma categoria êmica que envolve valores como ecologia, espiritualidade, feminismo e sexualidade, de maneira muito similar ao individualismo-libertário proposto por Tânia Salem, ou a outras denominações que se aproximam desta ideologia.<sup>323</sup>

Por outro lado e, de certa forma, contrariando o espírito anti-medicalizante daquela ideologia, no Movimento pela Humanização há uma valorização de correntes críticas internas à própria medicina – tal fenômeno está ligado às relações entre movimentos sócio-culturais e produção científica. O *Grupo Cochrane*, reconhecido como científico que tem publicado o maior acervo de pesquisas no campo da assim chamada *Medicina baseada em evidências*, teria tido, segundo uma das lideranças da Rede e pesquisadora da área biomédica, forte influência dos movimentos feministas e da Nova Era:

Elas se anteciparam com estas evidências. Então tudo isso, do não invasivo, de prevenir, do direito a acompanhante, da mudança de posição, tudo isso vem dessa turma. E eu li um texto do Mardsen Wagner, onde ele

<sup>322</sup> SALEM, T. O individualismo libertário no imaginário social dos anos 60. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, RJ, UERJ/IMS, vol.1, n 2, 1991. p. 62.

<sup>323</sup> Sônia Maluf trabalha com grupos que compartilham de um *ethos ecologista*, similares ao que analiso aqui. No caso da REHUNA, preferimos falar em *ethos alternativo* em um sentido próximo daquele, entendendo que o alternativo engloba o ecologismo no mesmo sentido desta autora. MALUF, S. *Les enfants du verseau au pays des terreiros*. Tese (Doutorado em Antropologia). Paris, 1996.

conta como foi a *Iniciativa Cochrane* na área de parto, onde ele conta que no parto do quarto filho, nunca tinha assistido o parto do próprio filho, ele como médico pediatra! E ele pede para o obstetra para estar presente no nascimento do seu filho. O obstetra diz que não! E ele obedece. Não passava pela cabeça dele que era um direito do pai estar ali. *E quem abriu a cabeça dele foram as feministas!* Então eles criaram na Europa este grupo de trabalho chamado *Nascer na Europa*, estudaram coisas muito interessantes, e como tinham indicadores muito diferentes de perinatal na Europa(...) Então eles começam a fazer uma revisão sistemática junto com o Cochrane, que é convocado junto com *Sheila Kitzinger* [antropóloga, feminista, ativista do parto humanizado]. Então *a medicina baseada na evidência foi em grande medida chamada pelo discurso feminista que intuía que aquilo ali não podia estar certo*. Se as demais culturas funcionavam tão bem sem aquilo ali, porque que a gente não aproveitava o melhor da tecnologia né? O Archie Cochrane [líder do grupo] criou um prêmio pra especialidade médica que fosse mais disparatada (!). E o primeiro veio pela obstetrícia, porque como ele mesmo disse o trabalho dos grupos de parto deveria ser modelo para os demais. Então, Sheila Kitzinger não é exatamente uma pessoa da Nova Era, mas ela propõe aquele método psicosexual, aquelas coisas lá, que eram uma intervenção basicamente. Ela faz um questionamento que em muitos sentidos é o questionamento que faz o povo que veio da Nova Era. (Beatriz, médica, São Paulo)

É que as divergências científicas que compõem o campo da própria obstetrícia não podem ser pensadas senão em termos de seu contexto social, já que os produtores desses conhecimentos são também *homens e mulheres de carne e osso*. Aqui, na fala de Beatriz, novamente aparece a referência à experiência pessoal do obstetra enquanto pai como um dos fatores que influenciam sua própria percepção profissional, um dado quase recorrente na REHUNA.

### **Entre duas vertentes: negociações e trabalho simbólico**

A aglutinação dos diversos sentidos da humanização em duas vertentes, a biomédica e a alternativa, obedece a um procedimento heurístico, tomando-se cada uma delas como um tipo-ideal, não estando, necessariamente, encarnada em pessoas ou discursos. Na realidade empírica, há um processo mais fluido, em que pessoas, discursos e práticas circulam, ainda que haja pontos, relativamente, fixos que permitam identificar a predominância de um viés ou outro. Esta maior fluidez entre biomédicos e alternativos talvez seja a marca da atual conduta de expansão do movimento e de aglutinação de setores que, inicialmente, estavam mais distantes. Nos anos 70 e 80, parece ter havido uma maior

clivagem entre esses *ethos* que hoje se configuram em vertentes, e a REHUNA provavelmente, tenha sido um cenário privilegiado para a constituição de um espaço de trocas e negociação permanentes entre adeptos da ciência e da Nova Era.

Após o contato com a argumentação, atualmente, cientificista de Michel Odent, mesmo os alternativos mais convictos reconhecem similaridades entre esta concepção e a argumentação biomédica, e não evitam incorporá-la em seu discurso. É o que conta, emocionada, uma das pioneiras do Movimento, cuja trajetória, até então, era, marcadamente, alternativa:

Eu me emocionei muito com a fala do Odent, porque escreveu praticamente tudo o que eu faço (...)Eu falo de outro jeito com a pessoa, que é no olhar, no toque mesmo. E eu não tinha informação nenhuma e já fazia isso, não informação como tá tendo agora, o livro do Odent falando disso e tal...Foi uma coisa que fluiu mesmo, intuitivamente. *Então muita coisa que ele fala agora, eu já falei quase que literalmente o que ele falou, em palestras do final da década de 70.* Aí quando surgiu a frase do Odent que pra gente mudar o mundo tem que começar mudando a forma de nascer, eu falei “pôxa, *mas eu já falei isso há tanto tempo*”, *vão falar que eu tô plagiando o Odent, mas é a intuição(...)*Então é uma coisa da sensibilidade mesmo, da espontaneidade. Por isso que eu acho que a parteira, ela tem um conhecimento fantástico, elas podem ser analfabetas mas elas têm um conhecimento profundo da mulher, sabem quando tá dando errado e quando tá tudo bem. Elas sabem identificar isso. Como? Se ela não estudou na universidade, mas ela estudou na vida, ali na prática. A mãe dela que ensinou, elas começam cedo no interior, às vezes com 13 – 14 anos elas tão fazendo parto, começaram a acompanhar a parteira e tal.(Anjinha, terapeuta, Rio de Janeiro)

O reconhecimento de que, apesar das diferenças, todos querem a mesma coisa é o ponto de aproximação que permite de um lado, os setores biomédicos incorporarem elementos do universo alternativo e, de outro, os alternativos incorporarem elementos do discurso biomédico. Este processo expressa a capacidade de negociação de sentidos entre ambas as partes, e também mostra os caminhos através dos quais setores de camadas médias, como médicos, enfermeiras e profissionais da saúde são influenciados ou conduzidos ao discurso ecologista e eco-feminista, em geral, para-além da temática do parto.

A capacidade de negociar sentidos tem sido de suma importância no campo dos movimentos sociais, pois mostra que, apesar de diferentes concepções, pessoas e grupos de *ethos* e crenças distintos podem estabelecer alianças e constituir identidade própria. O

estudo de Eder Sader<sup>324</sup> sobre movimentos sociais urbanos, na década de 70, mostra a centralidade do trabalho, propriamente, simbólico das matrizes discursivas que irão constituir o campo dos movimentos sociais naquele contexto. Em um sentido aproximado a este, Bruce Albert, ao analisar os conflitos do povo *yanomami* frente à truculência dos garimpeiros, mostra como a liderança indígena trabalhou com a simpatia dos ecologistas, apontando para um processo similar, marcado, ainda, pela interdiscursividade que se faz necessária num contexto interétnico. Naquela situação, a estratégia adotada pelas lideranças indígenas, para buscar aliados ecologistas em um contexto favorável a esta cosmologia passa por um cuidadoso processo de tradução cultural, que é um trabalho simbólico. Para o autor:

*Un processus d'adaptation créative dont le travail symbolique et politique pose les conditions de possibilité même d'un espace d'interlocution et de négociation interethnique, donc d'une réversibilité du discours de domination coloniale. Ce travail constitue une dimension fondamentale de l'intertextualité culturelle du contact.(...) Au même titre que le discours blanc sur les indians, et dans l'exacte mesure ou, dans tout le système interétnique, l'image de chacun des protagonistes construit de l'autre et de la représentation que l'autre a de lui est essentielle a son auto-définition.*<sup>325</sup>

A tradução cultural, feita por Davi Kopenawa, liderança indígena que transita ente os diferentes universos envolvidos, viabilizou o fortalecimento da aliança entre ecologistas e índios contra seus *inimigos* garimpeiros. Claro está que as diferenças, neste caso, são mais profundas do que as que encontramos entre as vertentes biomédica e alternativa dentro de um movimento como o da humanização. Mas é notável que seja possível articular *ethos* distintos em um mesmo movimento e forjar uma mesma identidade, como acontece na Rede. A vertente alternativa é anti-medicalista, por princípio, pois critica a medicalização da vida e trabalha com terapias holistas e práticas de cura que não são reconhecidas como legítimas pela biomedicina. Talvez, um trabalho simbólico, disseminado entre lideranças e eventos diversos, esteja viabilizando esta aliança, já que, desde o início, a REHUNA resultou da confluência destes setores vistos pelos obstetras *baseados em evidências* vêm como um campo fértil para fortalecer suas crenças e práticas, e aumentar seu capital político dentro do campo científico, em que ainda são vistos como heréticos. Cabe lembrar

<sup>324</sup> SADER, op.cit.

<sup>325</sup> ALBERT, B. L'or canibale et la chute du ciel. *L'homme*, v.2 – 4 , p. 349-378, abr-dez. 1993.

que a ampliação de um público mais exigente, potencial consumidor ou cidadão, no campo da assistência ao parto, certamente traz conseqüências para a profissão.

Se, do ponto de vista numérico, os alternativos não se destacam, sobretudo diante da penetração do movimento na área biomédica; do ponto de vista simbólico eles são significativos. Talvez por isso o fenômeno da conversão ao movimento resulte quase, invariavelmente, em uma adesão a este *ethos* ou a elementos dele. Isto significa que o sentimento de pertença ao ideário da humanização (e de identidade) implica legitimar este conjunto de valores libertários, pelo menos, dentro do grupo, já que diante das instituições e das corporações médicas o que se busca é, justamente, mostrar a cientificidade dos argumentos pró-humanização. Em uma mensagem enviada ao grupo local, Renato, liderança nacional, fala bem desta preocupação:

Deixamos há muito tempo de ser considerados alternativos, *naturebas*, etc. Hoje caminhamos de mãos dadas com o que há de mais atualizado em termos de evidências científicas, seja no campo da Antropologia, Sociologia ou da *Medicina baseada em evidências*. Isto vem se evidenciando através dos convites para participação em congressos, em oficinas de sensibilização, em parcerias, e assessorias. Tanto o Ministério da Saúde quanto várias secretarias de estado de saúde vem tendo na REHUNA um interlocutor de peso (Renato, médico, Florianópolis).

Se, no campo da REHUNA, ser alternativo confere prestígio e identidade; no âmbito social mais amplo, e, particularmente, no campo biomédico, esta identidade é, antes, instrumento de estigmatização. Vê-se bem que a REHUNA tem que lidar, de forma cautelosa, com esta dupla identidade, o que requer um árduo trabalho simbólico. Mesmo assim, é no âmbito da Rede que se constitui a identidade de *rehunido* ou humanizado – que está para além da medicina baseada em evidências e é necessária para o embate interno ao campo biomédico – desta forma, a identidade alternativa é a um só tempo neo-espiritualista, ecologista e ecofeminista.

### **Histórias de conversão**

Considerar a importância da subjetividade dos ativistas é uma constante no campo do movimento. A realização de dinâmicas de grupo e vivências é a forma privilegiada de formação de profissionais, postulada, sobretudo pela vertente alternativa, que tem por base

a análise de como a forma de nascer é vista pelo grupo. A própria maneira de trabalhar com os profissionais que pretendem se humanizar, já é um entendimento de que só a partir da sensibilidade é que se pode atingir as pessoas, ainda que sejam necessárias, também, as evidências científicas.

A vertente alternativa está atravessada por esta perspectiva – *não se pode mudar os outros se não se muda a si mesmo*. Mas este tipo de metodologia tem sido desenvolvida no âmbito institucional, através de capacitações, treinamentos em maternidades, congressos. Está fortemente inspirada em autores do campo libertário como Reich, Cooper, Laing, Lowen e autores da Gestalt e da educação popular, como se pode ver nos trabalhos com parteiras, na capacitação de profissionais da Maternidade Leila Diniz (1994), nas primeiras reuniões do Grupo Local (SC), nas ações do Coletivo Feminista (SP), nos encontros de Gestação e Parto Conscientes (os chamados *encontros da Anjinha*) e até mesmo, de uma forma mais diluída e descentralizada nas grandes conferências, em função de sua magnitude.

Referências às experiências pessoais, em um grupo que valoriza o indivíduo e sua subjetividade, são também freqüentes no discurso dos ativistas, seja na forma oral, seja na forma escrita, já que muito se tem escrito em livros e em textos sobre o assunto. Nas narrativas orais de alguns ativistas que escutei, chamaram-me a atenção as histórias de *conversão* à humanização, nas quais o contador assinala o momento em que teve um *insight* ou uma experiência irreversível que o levou a escolher o caminho da humanização. É o caso de Gustavo, médico que relata o seu processo, a partir de uma experiência ainda quando residente:

No meu caso específico eu tive um momento de passagem muito importante, muito significativo, quando eu era residente de primeiro ano no Hospital de Clínicas. Casualmente, eu era o residente mais graduado daquele plantão, e que apesar de ser um residente de primeiro ano (R1), todos os residentes de segundo ano estavam ocupados na cirurgia, e ao meu redor só havia estudantes e doutorandos, e a equipe de enfermagem, etc. No meio da tarde, a enfermeira corre até onde nós estávamos reunidos e avisa que havia uma paciente ganhando o seu bebê na sala de emergência do hospital. Eu corri para lá e, havia duas salas de emergência, abri a primeira porta e não vi ninguém, abri a porta da segunda sala e igualmente não vi ninguém. Naquele momento eu pensei que se tratava de uma brincadeira das enfermeiras e perguntei se aquilo era realmente verdade ou uma gozação, até que ela disse: “Não doutor, por favor, abra completamente a porta, e tu vais ver que a paciente está lá.” Quando eu abri completamente a porta vi que no canto da sala tinha

uma paciente acocorada, encostada na parede e fazendo força. Imediatamente eu corri prá paciente, levantei o seu vestido, de chita, daqueles abotoados na frente, uma paciente aparentemente muito humilde, e vi que o nenê estava coroando. *Naquele momento, eu me defrontei, de uma forma muito violenta, muito radical, com os paradigmas tecnocráticos e com paradigma de empoderamento, paradigma que empodera o saber intuitivo que cada um leva consigo, isto é, o saber de fora e o saber de dentro.* Naquele momento eu disse para a paciente: Já que tu estás aí, ganhando o teu filho, *te deita para que eu possa atuar sobre o teu corpo.* E ela olhou para mim, como se eu fosse feito de vidro, olhou através de mim e não escutou absolutamente nada do que eu estava dizendo. Continuou na mesma posição e fazendo a mesma força. *Como a paciente não obedeceu a minha determinação,* eu botei as minhas mãos, sem luvas, no períneo dela e só tive tempo de segurar o bebê que estava deslizando pelo períneo dela, para fora. Imediatamente depois disso, eu segurei esse bebê e nesse momento, na sala, já havia umas quinze a vinte pessoas, uma sala que não tem mais do que três por três metros, e imediatamente foi aberto um pacote de parto e cortado o cordão. E esse nenê foi levado para a neonatologia. E eu olhei para a paciente e disse: Por que é que tu agiste desta maneira? Por que é que tu vieste para o hospital tão tarde, a ponto de nós não termos nenhuma possibilidade de atuar sobre o teu parto? Foste obrigada a ganhar o teu filho aqui no chão, na sala de emergência, e fizeste toda essa bagunça. As enfermeiras que tinham entrado na sala, e as auxiliares de enfermagem disseram: Olha só a sujeira que tu fizeste no chão. Nós vamos ter que chamar o serviço de limpeza do hospital para limpar tudo, essa porcaria que tu fizeste aqui.

*A paciente escutou tudo isso como se não estivesse ouvindo nada, como se nós estivéssemos falando numa língua estranha.* Uns dois ou três minutos depois, na mesma posição de cócoras, a placenta dectou espontaneamente. Eu revisei o períneo, e não havia nenhum tipo de laceração. Ela se levantou, deitou numa maca e foi levada para a internação. *Naquele momento, eu percebi que alguma coisa muito importante tinha acontecido. Mas não sabia o quê. Sabia que alguma modificação muito importante tinha ocorrido, na forma como eu tinha enxergado até então o fenômeno.* Sabe aquela sensação, de quando tu vê uma pessoa depois de muito tempo, e tu diz assim: Tu usava bigode? Tu tinhas o cabelo mais comprido? Tu usavas óculos? *Tu sabes que ela está diferente, mas não sabes exatamente o que.* É essa a sensação que eu tinha. Eu via alguma coisa muito importante, mas não tinha a noção exata. *Mas fiquei muito perturbado. Profundamente perturbado com o que eu tinha visto, com o que eu tinha presenciado*(Gustavo, médico, Rio Grande do Sul). (grifos meus)

Situação similar foi contada por Glória, psicóloga que atua em uma maternidade pública da Grande Buenos Aires e que atende, fundamentalmente, a população pobre e os migrantes. Diante de uma parturiente *boliviana* que, negando-se a parir na posição deitada, foi finalmente amarrada na mesa obstétrica para ali dar à luz, tanto que, para a recordadora, tornou-se responsável pela mudança na sua forma de ver o parto. Javier, obstetra de uma

grande maternidade em Tucumán, apresentou o depoimento de uma índia boliviana que viera dar à luz no hospital, mas não pretendia parir senão em uma posição verticalizada, aprendida em sua cultura de origem. Segundo seu relato, tal fato teria tido um grande impacto sobre sua forma de olhar o parto, fato que nunca mais abandonara sua memória.

Processos de conversão ao ideário ou ao movimento tive a oportunidade de presenciar em campo, e que não se restringiram, apenas, a mudanças profissionais bastante claras, mas, também, a transformações pessoais, perceptíveis pelos colegas e amigos, talvez por implicarem em uma adesão ao *ethos alternativo*. Foi o caso de Helena que, a partir do primeiro curso de capacitação que acompanhou, iniciou um processo de mudanças em seu cotidiano, e aderindo ao movimento e engajou-se nos cursos de capacitação de parteiras, e no processo de reconhecimento das enfermeiras obstétricas na assistência ao Parto, o que a levou a confrontos com superiores. Fato semelhante ocorreu com Vera, que parece ter aderido, gradativamente, ao ideário a partir da crescente participação em eventos e congressos, e da possibilidade de maior autonomia profissional que o título de enfermeira obstétrica confere às profissionais que concluem os cursos de especialização nesta área, habilitando as mais corajosas a atender partos domiciliares.

Entre os depoimentos escritos, as experiências pessoais também são apontadas como decisivas na conversão, principalmente as que se relacionam, muitas, vezes com o próprio nascimento daquela pessoa, como é o caso de Flavinho que, assim, reconta sua história:

Nasci no hospital, feito por um estudante e diz a lenda que eu escapei do aborto três vezes. Talvez a minha cumplicidade de ajudar a nascer seja porque eu valorizo. Pra mim me satisfaz tá vivo, eu acho que as pessoas hoje criam, quer isso, quer aquilo. Eu sempre digo assim, “como é que é, tudo bem?”, eu digo assim “tá bem, nada me dói tudo funciona.” Então a pessoa respira, come pela boca, escuta pelo ouvido, porra...dez! Porque que tão pouco já tá bom? Porque custei muito a decidir se eu ia nascer mesmo, então agora que escapei já fiquei amarrado...(Flavinho, médico, Florianópolis).

Também são recontadas histórias de partos familiares como a de Renato., que várias vezes, comenta o parto de sua mulher e seu próprio, sendo que tais relatos foram enviados, por ele, à lista de depoimentos do *site www. partonatural.com.br*.

Conversão e adesão que, muitas vezes, têm um preço alto a ser pago: perseguições, desqualificação por parte dos seus pares e, até mesmo, criminalização judicial. Vanguardas de um novo tempo, os adeptos de uma nova era no campo da assistência estariam fadados a serem conhecidos depois de mortos, como o caso do médico Semelweiss, cuja descoberta só foi reconhecida depois de sua morte, ou do *visionário* Roland Chevriot, *um dos homens mais influentes do século XX, segundo critérios do século XXI*, conforme comenta Michel Odent em seu mais recente livro, sem falar de Leboyer, também considerado um *visionário*.

Reforço aqui, mais uma vez, o fato deste ativismo envolver, diretamente, a atuação profissional, conferindo uma maior dramaticidade aos relatos, já que, ao aderir à humanização, as pessoas passam a sofrer reveses em seus espaços de trabalhos. Quanto mais dramáticos forem os relatos tanto mais nos aproximamos do topo da hierarquia da assistência médica, visto serem os próprios médicos obstetras que relatam suas histórias, assinalando as perdas que passam a ter – ou que sabem que terão – ao mudar de postura diante do parto, ou, como se costuma dizer no campo do movimento, ao mudar de paradigma. Perdas de um lado, mas também ganhos do ponto de vista existencial, na concepção de Flavinho:

Eu já fiz parto dentro de hospital que mandaram eu cobrar e eu não fui. Era mais caro eu ir de ônibus lá e ia perder dinheiro. Então pra quê que eu ia lá né? Mas qual é a vantagem? A vantagem é que tu tá presente quando a pessoa nasceu. Pra quem acha isso vantajoso(...). Mas eu acho fora de série, ter um vínculo assim, mesmo que comercial. Mas tu cria um vínculo com a pessoa que nasceu. Umás quantas vezes eu tô ali surfando, tinha eu e mais três na água, todos três eu tinha ajudado a nascer (Flavinho, médico, Florianópolis)

Perda de tempo em função da recusa de fazer cesáreas em hora marcada, conhecida estratégia adotada pelos obstetras hegemônicos; perdas financeiras e de prestígio entre colegas médicos, uma vez que o ideário da humanização está longe de ser aceito por grande parte da categoria. Se no campo da enfermagem a popularidade da humanização é vantajosa e tende a angariar, cada vez mais, adeptas, no campo da obstetrícia as reações têm sido sempre bastante violentas, desde o rechaço às Casas de Parto, aos cursos de capacitação de parteiras, até às críticas contundentes quanto aos procedimentos, pouco interventivos,

aqueles que se arriscam a assumir um parto de tipo humanizado.<sup>326</sup>.Daí a importância que as evidências científicas e a chancela da OMS adquirem para o Movimento, e a postura de cautela da REHUNA quanto aos conflitos com a categoria médica.

Morte no parto é um dos pontos em que as diretrizes da OMS e as apropriações feministas destas orientações se encontram, visto que ambas lutam pelo combate as altas taxas de mortalidade materna e de partos cirúrgicos. Por outro lado, a presença da morte ronda, também, as parteiras que, diante da necessidade, não poupam esforços para salvar a mulher, cuja morte, quando ocorre, é profundamente lamentada. Porém, naquele contexto, não parece assumir os ares de absurdo que assume no contexto da biomedicina, com suas promessas de menores riscos, vida mais longa, eliminação da dor e adiamento da morte. Novamente, trago a narrativa de Flavinho sobre parto e nascimento, fortemente aplaudida em dois eventos feitos sobre o assunto, pelo Grupo Local. Aqui, segue uma versão obtida em entrevista, fora deste contexto e anterior a eles, e que faz eco à cosmologia alternativa da humanização:

O médico não se defende nem da sua própria morte. Eu tenho até medo de dizer, mas o médico não protege porra nenhuma! A morte é uma coisa, na minha opinião, é igual a vida. A vida, hoje eu tenho esse conceito assim, existe um quantum de vida, uma necessidade, como uma pedra, tem árvores, nitrogênio e oxigênio no ar, existe uma quantidade de vida circulante. E essa vida tu usa, planta usa(...) entende? Ela passa por ti. Então se a vida passa, a morte também passa porque a vida vai se reciclando graças à morte. Tem sempre um número fixo de quantidade de vida, então eu acho que é uma coisa sutil. Eu questiono, assim, os mundos espirituais, existe uma quantidade de energia num outro nível, diante das coisas que eu vi fazendo parto, eu acredito e assim pro meu consumo próprio, que existe outros níveis de existência. Eu não acredito que vá pro céu e lá tem Deus, mas a coisa sutil da existência, tipo o pensamento, isso fica registrado. Não sei qual o lugar que fica, mas quando tu morre, nem tudo morre, pode ter certeza. Nem a tua matéria morre, porque as matérias sempre existiram desde o dia da criação, não é? Só que aí tu morre, tu apodrece, aí uma planta te absorve, tem um ciclo da matéria. Então tu é feito daquilo que tu come, daquilo que tu pensa, daquilo que tu toma, daquilo...Então por isso que as pessoas têm um inconsciente coletivo, né?

---

<sup>326</sup> Um caso particularmente dramático aconteceu durante esta pesquisa: um dos médicos do Movimento foi recentemente considerado criminoso por não ter impedido a morte do bebê e de sua mãe, um mês depois de dar à luz dentro de uma maternidade reconhecida de uma capital. Em que pese a impossibilidade de tomarmos qualquer posição diante do caso, certo é que o rol de acusações que o mesmo recebeu é revelador do rechaço da categoria médica e, no caso, até mesmo do movimento feminista ao qual esta mulher estava ligada: Diz a matéria do site jurídico: *Condenação criminal de médico culpado por mortes de parturiente e bebê“ praticando do chamado parto humanístico- com o mínimo de interferências possíveis, o médico deixou de proceder a exames de rotina concorrendo para a morte de mãe e filho (11 de maio de 2004)..*

Tem certas explicações na área da Psicologia, né? (Flavinho, médico, Florianópolis)

Vida e morte estão presentes nos relatos de Robbie Davis-Floyd, desde sua entrada no campo das reflexões sobre o tema, quando de sua adesão ao Movimento propriamente dito: “Briggite Jordan conheceu meu trabalho e disse: Você conseguiu que o meu trabalho na antropologia do parto ao invés de morrer, seguisse vivendo, e minhas idéias estão sendo usadas em todas as partes do mundo através de você. Eu fui o meio para transmitir essas idéias a outras gerações, e isso para mim tem sido um presente.”<sup>327</sup>

Além disto, ela relata o nascimento de seu filho entre um ritual compartilhado por amigos, velas e rezas, ao estilo alternativo. Mas foi a partir da morte prematura de sua filha que sua conversão ao Movimento (no âmbito mundial) parece ter se concretizado:

Pelo menos posso, de vez em quando, posso fazer uma diferença (nos encontros de *midwives* e Congressos), às vezes é pequena, às vezes é grande, e isso é porque eu vivo, é por isso que eu nasci. Sabe por que eu acabo de dizer isto? Porque eu tenho que saber por que nasci, por que estou aqui, por que a minha filha morreu há um ano e meio, e quando morre uma filha que é a preciosidade de sua vida e que é muito, muito, muito melhor que logo você se pergunta: por que estou aqui? E aí não(...) então, estou encontrando uma razão nesse trabalho que eu estou fazendo, pelo menos, talvez porque este é o porque ainda estou aqui, eu tenho aprendido cada coisa que eu preciso para talvez com isto fazer alguma coisa no mundo, já que isso me dá esperança..(Robbie Davis Floyd, antropóloga, Florianópolis)<sup>328</sup>

Histórias de vida assumem a forma narrativa, enquanto discursos que implicam em uma audiência e em um encadeamento significativo que é dado pela voz de quem narra, relacionando eventos e colocando fatos em conexão.<sup>329</sup> É a memória recontada e revivida pelo indivíduo, a partir de agora, dos materiais disponíveis hoje e que selecionam aspectos da memória, diz Ecléa Bosi,<sup>330</sup> reportando-se à noção de memória coletiva de Maurice Halbwachs. Essas histórias não correspondem a uma realidade objetiva, mas a pontos que

<sup>327</sup> Conforme entrevista feita por mim, e que depois foi publicada, de forma resumida, em: TORNQUIST, C.S. Humanização do parto: Entrevista com Robbie-Davis Floyd. In: *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC, vol.10, n.2, 2002, p. 389-398.

<sup>328</sup> Op.cit.

<sup>329</sup> Há uma longa discussão acerca deste tema, na qual não entrarei aqui (Histórias de vida, narrativas, performances narrativas, etc). Aqui, estou considerando a definição de Bertaux, para quem *récits de vie* está relacionado com a busca de sentido que os atores atribuem ao que viveram, e não a uma realidade objetiva ou concreta, bem como se caracteriza pela produção discursiva em forma narrativa. Cf. BERTAUX, D. *Les récits de vie*. Paris: Nathan Université, 1997. p. 32.

são construídos a partir do momento do ato de narrar, na qual eventos são ordenados e adquirem um sentido. Por isso, as narrativas de conversão vem sublinhar aspectos que têm um sentido diretamente ligado à mudança de percepção do parto e do nascimento. Tais eventos são vistos, atualmente, como decisivos na adesão ao Movimento, demarcando uma mudança radical no exercício da profissão ou do ativismo. O fato de serem assinalados eventos pessoais, certas coincidências, percepções súbitas e sensibilidade diante de situações de sofrimento e violência contra a mulher sublinha a influência da vertente alternativa, de inspiração neo-espírita, entre os adeptos do Parto Humanizado.

No caso das narrativas, aqui, transcritas, há um acento em eventos particulares, sejam ligados ao parto de seus filhos, ou, até mesmo, a situações de mortes, caso bastante citado entre médicos homens, seja ligado ao parto de alguma paciente cujo comportamento destoou daqueles habituais dentro das maternidades onde os narradores/profissionais estavam. Na literatura nativa encontramos também depoimentos deste tipo na forma escrita, os quais fogem à noção de narrativas orais, mas fazem sentido no contexto de um grupo marcado pelo letramento, como o considerado aqui.

Em contextos em que há possibilidade de escuta, tais narrativas vêm à tona e, a depender da interação entre contadores e ouvintes, convocam outros narradores para essa ação. No movimento e, mais ainda, no campo da REHUNA, constituiu-se este espaço; daí a importância dessas histórias. Elas acentuam a mudança de estatuto daqueles profissionais que, formados dentro do *modelo tecnocrático e desumano* da medicina hegemônica, passam por uma experiência que permite uma ruptura com essa forma de compreender o parto, pois um profissional se converte ao parto humanizado a partir desta ruptura com o parto desumano, e este momento merece ser registrado. De certa forma, tais narrativas podem ser comparadas com aquelas que escutamos nos cursos de capacitação e que são feitas pelas parteiras, muitas falando do momento em que se tornaram parteiras e seguiram sua vocação.

De certa forma, as histórias de conversão ao Parto Humanizado vêm apontar para a noção de dom ou vocação que se mantém presente no imaginário das profissões liberais como a medicina, e que, também, está presente, em outros termos, no universo das parteiras tradicionais, como veremos no próximo capítulo.

---

<sup>330</sup> BOSI, E. *Lembrança de velhos: memória e sociedade*. São Paulo: Cia. das Letras, 1998, p. 23.

## CAPÍTULO V

### Trabalhando com parteiras tradicionais

Neste capítulo, será analisada a experiência de um dos grupos que tem atuação significativa no Programa de Capacitação de Parteiras Tradicionais do Ministério, o Grupo Curumim – Gestação e Parto, uma ONG de Recife, auto-identificada como feminista e membro da REHUNA. Embora a análise se concentre neste grupo, procura-se contextualizá-lo no conjunto mais amplo de experiências similares que vem sendo feitas no Brasil, no sentido de capacitar parteiras que já atuam na assistência *tradicional*. Trata-se de concretizações – e quiçá, adaptações – das diretrizes mais gerais da OMS para os países ditos em desenvolvimento no que tange à humanização, na perspectiva da estratégia de parcerias adotada nos últimos anos pela organização. Por essa via, pode-se refletir sobre a aplicação concreta dessas diretrizes o treinamento de parteiras, o que chamo de *traduções locais* dessas diretrizes, as complexidades que o processo interativo local oferece, e ainda a respeito das margens de criatividade e de autonomia que possam vir a existir nos locais onde serão aplicadas. O trabalho de campo foi realizado em dois cursos, possibilitados pelo complexo jogo de articulações políticas que englobam organizações internacionais de grande porte, como a OMS, até a pequena ONG pernambucana que desenvolve alguns dos cursos de capacitação de parteiras tradicionais. Apesar da pequena duração desses estudos, pude inserir estas experiências particulares no contexto mais amplo do movimento, em entrevistas e observações no âmbito do Movimento. O foco do trabalho não foram as narrativas de parto que coletei, mas o processo de interação entre feministas, integrantes da REHUNA e as parteiras. Em função do papel que desempenhavam durante os cursos, estas profissionais eram chamadas pelas parteiras, ora como *coordenadoras*, ora como *doutoras* ou, ainda, *professoras*. A fim de facilitar sua identificação no texto, passo, doravante, a tratá-las como educadoras, já que este é o nome utilizado pelo Manual Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que embasa o Programa de Capacitação do Ministério da Saúde em

parceria com o Grupo Curumim.<sup>331</sup> O primeiro curso de Minas Gerais aconteceu em maio de 2002, na regional de Diamantina, e dele participaram uma *curuminha* e cinco profissionais da região. No quinto curso deste mesmo ano, realizado em novembro, na regional de Montes Claros, a equipe mineira já havia assumido os trabalhos sem a presença do grupo Curumim, conforme orienta a proposta de ação dos treinamentos<sup>332</sup>

Os *causos* das parteiras não serão estudados neste momento, pois considero que sua complexidade requer uma análise aprofundada, mas deve-se registrar o fato de serem a forma nativa de rememoração do evento, também foi observada por Brigitte Jordan nos cursos que acompanhou no México.<sup>333</sup> Nesta ocasião, portanto, pretendo observar as linhas gerais que orientam o Programa de Capacitação de Parteiras Tradicionais apoiado pela REHUNA, que se faz presente através do grupo Curumim, e ainda o processo de interação entre as educadoras e as parteiras, o qual nos fornece dados significativos para análise do movimento de humanização (seu ideário, suas estratégias).

Nesta dinâmica, evidenciaram-se os contrastes entre universos por vezes distantes, por vezes próximos e com grande afinidade, e que nos trazem elementos ricos em potencial para pensar nas particularidades da vertente alternativa em sua interação com mulheres das classes populares.

Além do propalado barateamento de custos – para as regiões onde esse sistema tem enormes dificuldades de ser implantado, a proposta de integrar parteiras ao serviço de saúde e incentivar formas não hospitalares de atenção ao parto vinha ao encontro do desejo de uma vertente do feminismo que era valorizar trabalhos e personagens femininas detentoras de saberes e poderes, alvo de perseguições e desqualificações pela modernidade e pela medicalização da vida.

A existência de regiões, no Brasil, em que ainda atuavam parteiras tradicionais estava bem presente para mim, desde os tempos em que eu pesquisava memórias de antigas

---

<sup>331</sup> Participaram dos cursos como educadoras: duas médicas (obstetras), três enfermeiras (uma delas aluna do curso de enfermagem obstétrica; a outra era uma enfermeira obstétrica atuante em uma Maternidade referência da humanização e em uma Casa de Parto). Além destas profissionais de saúde, havia duas sociólogas.

<sup>332</sup> Ambas as regionais (unidades administrativas estaduais) fazem parte da região do Vale do Jequitinhonha.

<sup>333</sup> Jordan relata que as parteiras de Yucatán eram evasivas diante das perguntas feitas durante os cursos sobre procedimentos e complicações que apareciam nos partos que atendiam; no entanto, fora das aulas, no cotidiano do vilarejo, contavam histórias que envolviam exatamente os temas que haviam sido alvo das perguntas. JORDAN, op. cit., p 195.

parteiras em Santa Catarina. Ao entrar em contato com materiais produzidos em outras regiões, fui percebendo que, no Sul do país, essas figuras da memória se transformam em mulheres de carne e osso, quando se leva em consideração estados como Acre, Amapá e Pernambuco. Através da REHUNA fiquei sabendo de encontros e cursos envolvendo essas parteiras, os inicialmente eu imaginava tratar-se de uma vertente popular do próprio movimento, tal qual a biomédica e alternativa. Essa hipótese foi abandonada, à medida que avançava a pesquisa,<sup>334</sup> esse trabalho foi-se revelando como uma das ações desenvolvidas pelo movimento, particularmente por grupos mais diretamente vinculados ao feminismo e trabalhos com mulheres pobres, sendo antes um campo de ação dos mesmos. Em função de trajetórias particulares, tanto o Curumim quanto o Cais do Parto (ONGS que atuam no campo do parto, ambas sediadas em Recife), também ligados à REHUNA e aos grupos Curumim, Cais do Parto e Ceres, que desenvolviam este tipo de trabalho, em alguns casos, contando com o apoio muito forte dos governos, como o caso do Programa desenvolvido no Amapá. Neste estado, algumas profissionais ligadas à REHUNA têm assessorado os trabalhos desenvolvidos, bem como outras profissionais de reconhecida atuação na área da assistência ao parto e à saúde da mulher – fundamentalmente as *rehunidas* feministas que têm atuado neste programa. Apesar de referências esparsas acerca da existência de uma Rede nacional de parteiras que estava sendo organizada a partir do trabalho feito no Amapá e coordenada pelo Cais do Parto, priorizei os trabalhos feitos por Curumim, que atuava intensamente na Rede durante o trabalho de campo, sediando-a secretariando-a, na ocasião, deixando de lado as ações de Cais do Parto que, naquele momento, não estava participando da REHUNA

Com efeito, a existência de parteiras de grupos populares atuando, ainda hoje, na assistência ao parto, interpelava os dados que eu mesma havia coletado em pesquisas com histórias de parteiras do Sul, região onde elas, atualmente, são apenas personagens da memória. Também esse fato fazia eco a um número significativo de pesquisas historiográficas produzidas sobre mulheres, a partir do olhar feminista e de gênero que trouxe a visibilidade ao tema do parto, sobretudo, através da recuperação das parteiras, na crítica à medicalização das sociedades ocidentais e coloniais.

---

Os estudos inicialmente desenvolvidos sob a rubrica História das Mulheres – que não cessaram de ser produzidos desde então – tiveram uma importante contribuição no que se refere a temas esquecidos ou obscurecidos, como o da sexualidade, do parto, de profissões e ofícios desempenhados por mulheres. No contexto do Parto Humanizado, o questionamento dos modelos biomédicos e altamente tecnologizados procura, em outros sistemas de atenção ao parto, exemplos não-medicalizados de assistência. Entre estes, encontram-se o ofício da parteira, o parto domiciliar e suas técnicas, vistas como *mais simples e mais holísticas* de partejar. No campo do Parto Humanizado, particularmente entre a vertente alternativa e as feministas, há uma valorização de práticas consideradas holísticas, entendidas como opostas ao modelo tecnocrático e cartesiano a própria idéia de humanização aponta, nesta perspectiva alternativa, para noções que, segundo suas postulantes, estariam presentes nas práticas não-medicalizadas partilhadas por parteiras e por culturas pautadas por concepções de vida nem ocidentais nem racionalista.<sup>335</sup>

O Vale do Jequitinhonha, no qual ocorreram os cursos que acompanhei, é uma região pobre e seca, bela e longínqua, fazendo eco à imagem que os documentos da OMS traziam acerca das parteiras tradicionais – moradoras de áreas rurais, carentes e distantes – e, ainda, de modo especial, relativizavam categorias e noções do próprio movimento, urbano e moderno, diante do universo simbólico de grupos populares.<sup>336</sup>

O contexto dos cursos envolvia uma rede complexa de relações – não só a interação entre feministas da cidade e *parteiras da roça*, mas também as articulações ente ONGs e agências governamentais – desde o Ministério da Saúde, até os governos municipais, passando pela decisiva presença do governo do Estado de Minas – não só a metodologia de educação popular e feminismo de base, mas também o questionamento sobre as políticas da OMS para regiões não-desenvolvidas; não só o contato com *narrativas de partos*– formas privilegiadas de acesso a este universo – mas também o peso da herança higienista, que se fazia presente nas atividades, conteúdos e representações das educadoras.

---

<sup>335</sup> Por exemplo, o modelo holístico que propõe Robbie Davis-Floyd, seria o oposto do modelo tecnocrático e inclui uma série de características que as parteiras de certa forma encarnariam, junto com práticas e terapias alternativas e /ou doces, no campo contracultural, assumido por muitos *rehuidos*. SANTOS, op.cit.

<sup>336</sup> Não considero que estes grupos partilhem de um universo simbólico autônomo e encerrado em si mesmo, como se fossem sociedades tribais sem contato com a sociedade nacional; antes, considero que há zonas de autonomia, porém, imersas em uma sociedade mais ampla na qual tem um lugar que é, inclusive, simbolicamente subalterno. Voltarei a esta questão posteriormente.

Nos cursos, estavam presentes muitos elementos que compõem a cena contemporânea do parto: a OMS, berço e chancela dos Programas atuais; o Ministério da Saúde, no logotipo das camisetas das parteiras, nos materiais didáticos e instrumentos médicos utilizados, investindo de autoridade as educadoras, as prefeituras locais, presentes nas assistentes sociais e demais funcionários que atendiam os cursos.

Havia, ainda, a presença das feministas de Estado, espécie de embaixadoras fundamentais dentro dos altos escalões políticos; as feministas da área da saúde, em sua faceta de educadoras, compartilhada pelas feministas de base; a promissora presença de enfermeiras obstétricas, estimuladas pelas mesmas diretrizes da OMS a voltarem a partejar. Havia as parteiras, mostrando seu interesse pelos saberes médicos e circulando entre seu sistema peculiar de crenças e curas, bem como os moradores dos municípios anfitriões, que não disfarçavam sua curiosidade diante da movimentação que estas visitantes trouxeram aos vilarejos, lotando as pequenas pousadas e restaurantes, comprando objetos de artesanato, tirando fotos e participando, animadamente, do forró e da quermesse locais.

O Programa de Capacitação de Parteiras Tradicionais começou em 1991, junto ao Ministério da Saúde, já contando com a participação de ONGs, entre as quais estava o grupo Curumim. Apesar das dificuldades de ser implementado de uma forma mais efetiva, sua constituição parece repousar no fato de haver no Ministério, particularmente na área de Saúde da Mulher, algumas profissionais identificadas com as agendas feministas e, ainda, a legitimidade conferida pela OMS a iniciativas desta natureza. O programa adquiriu maior visibilidade no final da década de 90, com a edição dos materiais pedagógicos e a implementação de cursos em vários estados do Norte e Nordeste brasileiro.

Cursos de treinamento para parteiras não são novidades nas zonas rurais, distantes dos serviços de saúde. Nestas comunidades, mesmo com o avanço da medicalização, os partos em domicílio não se extinguiram, e parteiras continuam atendendo maior parte dos partos, tanto que muitas instituições ali atuantes, realizaram cursos de treinamento rápidos. Estes eram bem diferenciados dos que aconteciam em regime de internato, feitos pelas parteiras dentro dos hospitais, caracterizados por uma formação continuada e uma verdadeira imersão dentro do campo médico, no qual as parteiras aderiam ao *habitus* moderno e medicalizado que lhes conferia o prestígio de um *diploma* e da atuação conjunto com os médicos.

Na América Latina, sobretudo a partir dos anos 60, tem-se notícia de treinamentos destinados às parteiras tradicionais. Já nos anos 70 era a UNICEF quem apoiava estes trabalhos de treinamento. No México, por exemplo, os cursos organizados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional Indígena recebiam seu apoio através de materiais e instrumentos, adequados ao ensino de noções de anatomia e higiene,<sup>337</sup> pontos-chaves do receituário higienista desde o século XIX. Em 1979, por iniciativa do Instituto Mexicano de Seguro Social, foi organizado um curso para treinar parteiras rurais, através de um programa de capacitação, objeto da análise de B. Jordan referida anteriormente. No início dos anos 90,<sup>338</sup> na região dos Chiapas, as parteiras rurais foram alvo de programa similar organizado pela Organização de Médicos Indígenas do Estado de Chiapas (OMIECH), empenhada em recuperar os saberes e práticas indígenas de saúde em um contexto particular de luta pela afirmação de identidade e direitos indígenas.

No Brasil, instituições filantrópicas, muitas delas ligadas a irmandades religiosas e outras, como a Fundação SESP, de Minas Gerais, desenvolveram cursos semelhantes, entre os anos 70 e 80, conforme registram as histórias de vida coletadas por Lúcia Helena Rodrigues da Costa<sup>339</sup>. Escutei das parteiras do Jequitinhonha, durante os cursos que acompanhei, referências a cursos desta natureza, nos quais haviam tomado contato com a visão medicalizada da assistência, dela incorporando alguns elementos, como a busca de diálogo com os médicos e o encaminhamento dos partos mais difíceis às maternidades.

Cabe ressaltar que muitos desses relatos acentuam as tarefas que eram desempenhadas pelas parteiras dentro dos hospitais, locais onde se realizavam os cursos de maior duração e, além de auxiliarem nos partos, também executavam serviços relativos à dimensão hoteleira das Maternidades, entre elas lavar as roupas, consertar lençóis e batas, coser, cozinhar, limpar e decorar o espaço.<sup>340</sup> O trabalho de Galba Araújo, no Ceará, é considerado pioneiro no sentido de integrar parteiras leigas aos serviços hospitalares, sem passar por todo esse processo de formação. Ele teria criado um sistema específico para

---

<sup>337</sup> Não fizemos uma pesquisa sobre como esta questão entra nas pautas das agências internacionais, mas parece que – tal como no âmbito do Movimento – a infância é a via de entrada (combate à mortalidade infantil e direitos das crianças), a presença da UNICEF no apoio a estes programas está relacionada com isto.

<sup>338</sup> Cf. BONALS, e GORDILLO. O trabalho das parteiras em comunidades indígenas mexicanas. In: COSTA, Albertina; AMADO, Tina (Orgs.) *Alternativas escassas: saúde reprodutiva e sexualidade na América Latina*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/ Editora 34, 1994.

<sup>339</sup> COSTA, Lúcia. Op.cit.

<sup>340</sup> Ibid.

parteiras não-letradas, que permitia sua atuação junto à equipe médica, e tendo escrito em 1984 uma Cartilha da Parteira Tradicional.<sup>341</sup>

Ao participar de uma equipe de treinamento de parteiras no México, nos anos 70, B. Jordan iniciou uma importante reflexão sobre este tipo de curso. Entre outras questões, ela sugere a existência de limites de uma pedagogia pouco sensível ao universo cultural das alunas-parteiras, ponderando sobre se este tipo de metodologia viria modificar, efetivamente, as práticas daquele grupo, dadas as dificuldades notórias de intercomunicação entre treinadores e parteiras:

*It is simply out of their awareness. They comply their statistics, they fulfill their quotas as to numbers of midwives to train, they check on the condition of the UNICEF kits. **But the trainers never appreciate the ways in which the statistics they comply have little to do with reality.** Oriented to the statistical requirements of the national bureaucracy, when the trainers go out into communities they carry with them a way of looking at the world which the midwives, although they don't share it, at least can now discuss in appropriate terms.*<sup>342</sup>

B. Jordan levanta um ponto central deste tipo de trabalho educativo, que é o da capacidade de escuta dos educadores ou *capacitadores*, o qual norteia as reflexões que se seguem. Procurarei analisar as formas particulares de expressão das alunas dos cursos, observando a interação entre *rehunidas/feministas* e parteiras que trabalham junto à *metodologia curumim*<sup>343</sup> de capacitação, tendo em mente as seguintes indagações:

Como os objetivos gerais, proclamados pela OMS e realizado no âmbito das parcerias – governo-ONG – são traduzidos nos contextos cotidianos e micro-sociais dos cursos?; Até que ponto os treinamentos atingem seus objetivos, e em que medida os próprios objetivos são ressignificados pelas educadoras, uma vez que se trata de profissionais que têm uma inserção em movimentos sociais, notadamente na REHUNA?

Além disto, farei minhas as inquietações que algumas pesquisadoras têm

<sup>341</sup> Citado nas referências bibliográficas do *Livro da parteira*.

<sup>342</sup> JORDAN, B. op.cit., p. 184.

<sup>343</sup> Chamo *de metodologia curumim* aquela proposta pelo Manual Trabalhando com Parteiras Tradicionais e que vi colocada em prática nos cursos de Minas Gerais; a mesma foi apresentada no Congresso Ecologia do Parto (referido no cap. IV), e vem sendo fruto da reflexão do grupo, junto com outras ONGS que atuam com educação popular e de base. Trata-se de uma combinação de dinâmicas e técnicas feministas e de educação popular.

apresentado, ao atuarem junto aos cursos, sobre o processo de comunicação entre educadoras e parteiras e que foram expressos nas reflexões tanto das educadoras e antropólogas envolvidas com as parteiras tradicionais, como as das ativistas e pesquisadoras ligadas ao grupo Curumim: as autoras sublinham a tensão entre o respeito aos valores culturais das parteiras e dos grupos em que atuam e aqueles propostos pelos treinamentos, refletindo sobre o desafio do trabalho que desenvolvem:

*A parteira tradicional é uma transmissora de valores relativos à sexualidade e reprodução, portanto, toda e qualquer abordagem de treinamento não pode ter um caráter puramente técnico.(...) Uma abordagem de treinamento meramente técnica e substitutiva pode caracterizar uma ameaça a esta identidade.*

Tal aspecto foi apontado por Heloísa, do mesmo grupo, como uma das maiores dificuldades do trabalho em uma das Conferências sobre o tema, e também em conversas informais. A preocupação em refletir sobre possíveis riscos da cultura das parteiras – parece trazer implícita a noção de que o ensino técnico teria o poder de modificar estes valores. Trata-se de uma questão importante, levantada pelas *rehunidas*, mas também recorrente no campo da antropologia e que tem a ver com a temática da cultura, da mudança, das transformações e ressignificações culturais, e, no limite, com o próprio conceito de cultura. No entanto, tais reflexões, de caráter mais geral e profundo, serão apenas levantadas aqui, em função do recorte do trabalho de campo realizado: o acompanhamento das parteiras e educadores durante o período dos cursos.

### **Os dados e seus limites**

Quantificar o número de partos feitos por parteiras tradicionais é pisar em terreno muito movediço. Embora seja comum ouvir nos bastidores dos eventos, nas mídias e em conversas informais, que, no Brasil cerca de 1% de partos são feitos à maneira antiga, os documentos oficiais da OMS são muito cautelosos nas estimativas a respeito, apontando de forma mais genérica, para a existência dessa prática em comunidades rurais, e encorajando a realização de levantamentos mais precisos acerca das formas de assistência ao parto, vigentes em cada país.<sup>344</sup>

---

<sup>344</sup> WHO. *Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth*. Fortaleza, Brazil, 22-26 abril, 1985.

É certo que essa questão merece um cuidado especial, tendo em vista a dificuldade de se obter registro dos partos feitos por parteiras tradicionais no Brasil já que tal costume é pouco comum neste universo. As lacunas, neste campo, são notórias e têm preocupado as ativistas do Curumim:

A subnotificação de nascimentos e óbitos ocorridos na atenção domiciliar é um grande problema(...) É uma grande incógnita que o Brasil só pode decifrar, creio eu, quando houver uma integração entre SUS e parto domiciliar. *É uma realidade impossível de se medir: onde se morre mais, em casa ou nos serviços de saúde?* Precisa ter o número dos que nascem e dos que morrem nos dois modelos... (Rita, educadora, Recife). (grifos meus)

Esta questão, aliás, já preocupava Rita há muito mais tempo, tanto que ela veio a desenvolver uma pesquisa monográfica, no Curso de Especialização em Saúde Pública na UFPE sobre o tema.<sup>345</sup> Sua orientadora, também ligada ao movimento de humanização, desenvolveu um projeto piloto de notificação, no município de Camaragibe (PE), justamente com o intuito de construir propostas mais eficazes, à área da saúde pública; no que se refere ao sistema de registro. Sua preocupação faz eco a um dos pontos centrais da agenda feminista no Brasil, a qual tem se dedicado ao campo da saúde e que tem dirigido atenção à causa da mortalidade materna, em que emerge o problema da subnotificação.<sup>346</sup>

Sabemos que a preocupação com a saúde da população só adquiriu sentido mediante o avanço da medicina moderna e dos Estados nacionais: a clínica médica, tão visceralmente ligada ao bio-poder e à bio-política, tornou-se verdadeiro *campo documental* que fez do hospital não somente um lugar de cura, mas também de registro, formação e acúmulo de saber<sup>347</sup>, bem como a epidemiologia, cujo objeto é a população e não os indivíduos particularmente. A saúde da população como um todo e as estatísticas, em geral, são noções que perdem o sentido diante das práticas populares. Tal costume está ligado à natureza das práticas não-medicalizadas que recorrem a mnemotécnicas particulares e que não estão ligadas ao registro escrito dos casos atendidos.

<sup>345</sup> SOUZA, K.F. et al. *Mortalidade materna e parto domiciliar: desafios à vigilância epidemiológica*. Monografia de Especialização em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

<sup>346</sup> VALONGUEIRO, S., LUDEMIR, A. & GODINHO, L. op.cit.

<sup>347</sup> FOUCAULT, M *Microfísica...*, p.110-1.

Aí se situam certamente não apenas as parteiras, mas também as práticas de cura feitas por benzedadeiras, curandeiros e grupos terapêuticos dos mais diversos, que poderiam passar pelo crivo das estatísticas como formas de *automedicação*. As práticas não-medicalizadas não se vinculam ao costume de fazer registro de doenças, curas, mortes e nascimentos, o que não significa a inexistência de formas próprias de registro e de memória dos casos atendidos.

Muitas vezes, a partir de dados sobre questões correlatas, obtém-se informação sobre parteiras. Em Pernambuco, por exemplo, as estimativas da Secretaria de Saúde em 1991, indicavam que 40 % dos partos da zona rural eram feitos por 5000 parteiras,<sup>348</sup> e existem pesquisadoras preocupadas em produzir instrumentos mais adequados que possam aferir, com maior exatidão, dados sobre questões ligadas à saúde reprodutiva.

Atualmente, as formas de registro de nascimento são três: o SINASC – Sistema Nacional de Nascidos Vivos – que é o mais atual; o SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade – e ainda o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). O primeiro é considerado o mais completo, mesmo assim há limites nas informações registradas e um, entre eles, é o fato de muitas populações não terem o costume de informar o nascimento de uma criança. Daí a dimensão epidemiológica do trabalho com as parteiras, dentro da idéia de que, tanto elas quanto os supervisores gestores de saúde locais devem notificar os partos feitos. Na região de Melgaço – Pará – onde se desenvolve uma espécie de trabalho-piloto com o grupo Curumim há muitos anos, continuamente, observou-se um aumento de quase 600% no número de nascidos vivos, em função da adesão das parteiras ao sistema de notificações, que passa pelo preenchimento do Talão de Registro e seu encaminhamento à Secretaria de Saúde local.

Já o número de parteiras atuantes, hoje, é um verdadeiro mistério no conhecimento da assistência ao parto no Brasil, sendo que os trabalhos de capacitação têm tido, também, o mérito de, ao iniciar um processo de localização e cadastramento, aperfeiçoar as estimativas que são feitas. Segundo o Grupo Curumim: “O Brasil desconhece o número de parteiras tradicionais atuantes. Secretarias municipais, estaduais e o Ministério da Saúde não têm, em

---

<sup>348</sup> CARVALHO, I.; VIANA, A P.G.; CHACHAM, A. *Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco*. Trabalho apresentado no IX Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, São Paulo, 1996.

seus registros, a informação que aponte a realidade sobre a quantidade de partos domiciliares assistidos por estas parteiras.”<sup>349</sup>

No entanto, o próprio esforço de quantificar as parteiras existentes dá-se dentro de um projeto de estímulo a um ofício que, a julgar pelo interesse despertado nas regiões onde são feitos os cursos, tende a crescer, ou a ser inventado, como afirma Heloísa Lessa sobre as parteiras do grupo iaueraté, uma espécie de tradição inventada pelos cursos de treinamento das irmãs salesianas. No campo dos dados quantitativos, o terreno é pouco firme. É o que argumentam as coordenadoras do grupo Curumim, a partir de exemplos como o de Melgaço, no Pará, região onde, com o trabalho de integração das parteiras, observou-se um aumento das notificações, o que sugere no mínimo cautela quanto às estimativas oficiais, que apontam 1% de partos feitos em domicílio no Brasil. “*Tudo o que se diz sobre elas será sempre parcial*”, comenta a locutora do vídeo *Parteiras/ A magia da sobrevivência*, apontando para este não-conhecer.

Entre as parteiras, este espírito de registro soa estranho. Eram constantes os relatos de partos cujo registro foi abortado na mesma medida em que foi interrompida a ida ao hospital, quando o parto ocorre no caminho da maternidade, o que costuma acontecer é o pequeno grupo – parteira, motorista, parturiente/puérpera e o bebê – fazer meia volta e retornar à sua comunidade. Ninguém pensa em ir até o hospital, nem para promover cuidados adicionais, e tampouco dar publicidade e registrar o acontecido formalmente. A história contada por Dona Luísa registra isso:

A mulher começou a ganhar neném aqui, nós já íamos levando pra Montes Claros e deu problema... Quando eu saí lá fora, entrei na ambulância, não teve jeito nem de tira ela pra leva pra dentro. O jeito que teve foi fazer o parto dela dentro da ambulância, arrumei uma coberta, embrulhei o menino bem embrulhadinho, fui lá peguei a tesoura e cortei o umbigo do menino. De dentro da ambulância mesmo ela disse que não ia descer, arrumei ela toda dentro dessa ambulância. Esse menino tá com vinte anos! Vinte...? Não, tá com quinze anos! Já tá grande, um rapazão. Mas chegou no pescoço e não queria descer. Deu muito trabalho pra mim fazer este parto. Mas fiz o que tinha que fazer. O motorista saiu, deu umas volta. Depois quando ele chegou aqui ele falou assim: "já desocupou?". E eu disse: já graças a Deus. E dali eles vieram embora.  
P: Voltaram pra casa, não foram para o hospital?

<sup>349</sup> Cf. Grupo Curumim: Trabalhando no Amapá. In: JUCÁ, Luiza; MOULIN, Nilson (Orgs). *Parindo um Mundo Novo: Janete Capiberibe e as Parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez/UNICEF, 2002.

Dona T: Não! (estranhando a pergunta) *Pra quê, já tinha feito o que tinha que fazer! Tocamos pra casa pra mulher descansar..(Donas Luisa, Francisco de Sá, maio, 2002)*

Na concepção das parteiras e, segundo sugere seu depoimento, a família da parturiente não costuma comunicar ou registrar, formalmente, o parto; se ele acontece no âmbito doméstico, ou, como o exemplo acima, em trânsito, ir até o hospital não é visto como necessário. A preocupação é seguir os cuidados considerados indispensáveis em termos nativos: cuidados com a mulher e com o bebê, referentes às demais etapas do ritual que envolvem o período do resguardo.

Diante das perguntas sobre quantidade de partos feitos, as repostas eram bastante genéricas “*muitos, uma dezena*” ou, no caso das mais experientes, a expressão recorrente: “*perdi a conta*”): “*Como é que eu vou saber?*” “*Contei até o quinto e depois perdi a conta*”, afirma dona Isa, diante das tentativas das colegas mais novas de traduzir o sentido deste genérico número. Após algumas conversas, concluíram que quem dizia isto era porque tinha alcançado quantidade superior a cem partos. Falava-se, por exemplo, que a renomada Dona Laura, que começou a partejar com 7 anos e que hoje tem mais de 90 (idade proximada) havia feito mais de 600 partos. Assim, segundo os cálculos aproximados de Dona Clara, do interior de Botumirim, ela realizado cerca de quinhentos partos, parteira experiente que *aprendeu sozinha* a partejar: “*Olhe, fiz uns quinhentos. Tinha vez que eu fazia dois partos de uma vez só. E chegando em casa já tinha outro esperando. Do primeiro foi umas parteiras lá, dos outros foi eu mesma. Aprendi com eu mesma, Deus me deu o dom, Sozinha em casa, eu aprendi eu mesma, elas falavam como é que era.*”

Dona Clara aponta, aqui, para outro aspecto que emerge nas conversas e nas narrativas das parteiras durante os cursos: as formas de aprendizagem do ofício que compunham um dos aspectos a ser discutidos e que não é comum em outras regiões do país. “*Como a senhora aprendeu a partejar?*” Era um das perguntas feitas na primeira atividade do curso, uma espécie de rodada em que cada parteira contava sua experiência. “*Aprendi sozinha*”, é o que cada uma dizer:

Mas eu não sabia de nada, não me preparei, e o marido dela veio e eu falei: óh ela não pode sair agora, espera um pouquinho. Aí eu fui lavar as minhas mãos, *caçar uma tesoura*, que eu não sabia nem onde tivesse uma tesoura, pra mim cortar as unhas das mãos e lavar, e passei um álcool,

desinfetei. Lavei primeiro com álcool e depois com água, aparei a unha e tornei a lavar. Isso demorou, demorou a achar uma tesoura. *Porque minha mãe tinha falado pra mim uma vez, mas eu não tinha coragem nem de ver*, minha mãe falava como que eu fizesse com o dedo. Não pode ter unha nenhuma. Aí ela me explicou e aí eu fiz, fui com o dedo assim óh, assim na criança e fui fazendo assim. Quando eu fiz assim com o bracinho, voltei e fiz com o outro e nasceu. Na hora. Era só o que faltava. E eu não sabia. Cê vê, eu escutei minha mãe falar! Ela assim: “óh minha filha, eu peguei um menino hoje... muito complicado o parto”, eu falei: óh mãe, como que a senhora faz pra fazer nascer? *Aí eu lembrei do que ela falou e fiz na hora*. Só que o menino tava morto na barriga, a mãe mesmo já sabia. (Dona Cida, Bocaina, nov. 2002)

A lembrança do que sua mãe havia dito aponta para um processo de aprendizagem não-formal, feito a partir da experiência cotidiana registrada, no caso de Dona Cida, quando mais nova, e que é acionada diante da necessidade de auxiliar um parto urgente.

Na região da Campanha, fronteira entre Brasil, Uruguai e Argentina, foram encontrados depoimentos muito similares aos das parteiras brasileiras, acerca do aprendizado solitário do ofício:

As minhas duas avós, por parte de mãe e por parte de pai, as véia eram parteiras, então, já nasci com aquele dom, ninguém me ensinou, gostei e segui. Cada um nasce com aquele prazer de gostar daquilo, de um ofício, uma coisa não é? *Aquilo é de nascença*. Não é como estudar. (...) Eu ia, eu pedia pras parteiras da campanha me dizerem como era, como não era, e eu ali olhando, não é? Eu fui gostando, depois, segui sozinha.<sup>350</sup>

Neste relato, a parteira atribui a sua prática a uma vocação de nascença, dom que está ligado ao aprendizado interessado que ela fez com as mulheres mais velhas e, depois, o fato de ter seguido sozinha partejando. Destacam-se também as referências ao do prazer resultante do ofício – ‘ela foi gostando’, por isso continuou a partejar, um aspecto que é comum entre as parteiras do Vale, que relatam, com prazer, os partos que fizeram e as dificuldades encontradas. Outro aspecto está relacionado com a urgência: porque uma mulher precisou de alguém para ajudar é que outra passa a agir como parteira, para depois,

---

<sup>350</sup> HARTMANN, L. *Aqui nesta fronteira, onde tu vê beira de linha, tu vai cuento*. Florianópolis, 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina. p.34-44. (grifos meus)

talvez, seguir a vocação:

Tinha uma senhora grávida, *eu nunca tinha assistido ninguém*, por sinal ela era uma prima minha e era o primeiro filho, deu uma dor e ela mandou me chamar e eu, um pouco curiosa fui, cheguei lá perguntei o que ela queria, ela respondeu que estava com a dor e queria que eu puxasse, eu puxei e disse que estava bem baixo e disse que estava no nascedor. Não sei chamar outro nome. É assim mesmo, nascedor.. Ela disse? É agora? Eu disse que ia fazer um achar que era pra dar mais contração, fiz um chá, ralei gengibre, coloquei álcool e passei na barriga dela. Ela despertou e ganhou o bebê, que se chamou Orismar, apelido Terra Firme.<sup>351</sup> (grifos meus)

Essa parteira mostra que o aprendizado dá-se na prática e com o auxílio da parturiente: porque ambas sabem como funcionam o corpo e o processo que não têm a mesma preocupação em organizar e planejar o parto, como é comum no contexto das cidades e mesmo entre os adeptos do parto humanizado. Lembremos a história de Natureza e Otávio, em que há todo um planejamento do parto, no qual a escolha e o contato com a parteira é feito antecipadamente.

É, nesse contexto, que as parteiras, de um lado, aprendem *fazendo* e, de outro, neste mister, podem seguir partejando. Se conseguirem fazer bem um parto, o que implica reconhecimento da parturiente e dos familiares, elas se defrontam com a possibilidade de seguir a vocação. Depois de assistir a um parto bem sucedido, é difícil uma mulher não ser chamada outra vez. No entanto, uma parteira de ocasião, uma comadre, uma curiosa ou aparadeira, no entanto, pode desenvolver, a partir de seu desejo, o dom ou vocação manifestada durante o evento também considerando o parto é bem-sucedido (o que significa que a parturiente não teve problemas de saúde), e há reconhecimento desse dom.<sup>352</sup> Problemas relacionados ao envelhecimento também são motivos que fazem uma parteira ir abandonando o *métier*. Mesmo assim, ela, seu dom se mantém e ela não deixará de atender outra mulher se for preciso, na categoria de aparadeira ou parteira de ocasião. É o que diz uma parteira de Pernambuco: “Deus me deu esta *intimidade* de pegar menino, e eu só

<sup>351</sup> Depoimento de uma parteira do Amapá, anônima, citado em MOULIN, N. op.cit., p.52.

<sup>352</sup> Escutei algumas alunas dos cursos (Parteiras de ocasião) dizerem que não quiseram seguir como parteiras, porque achavam que não era para elas; no entanto, em situações de emergência, seguiram assistindo partos.

deixo menos quando não puder mais imbulir(...)enquanto eu puder pegar, bolir o menino, eu pego, e se não der, *pelo menos eu aparo e faço o benefício.*<sup>353</sup>

Noções como a de *intimidade* citada por essa parteira, *entendimento*, muito comum em Minas Gerais e *conhecimento*, de emprego corriqueiro em Santa Catarina) são evocadas pelas parteiras para dizer que esse dom está associado, sempre, desígnios de Deus:

[sobre o primeiro parto que fez] Eu não tinha o costume de fazer parto. Eu já tinha ganhado, *eu tinha ganhado o primeiro filho meu*. Mas nunca tinha ajudado ninguém não, só já tinha ganhado o meu. Com a parteira minha sogra.

*Então eu vi a minha sogra como fez comigo, então eu cheguei só que eu nunca tinha aparado desse tipo ainda, nunca tinha aparado!* Nunca tinha ouvido falar na minha vida, mas *Deus me deu o entendimento*, que ele resolve. Deus resolveu os problemas pra mim, cortei, tirei o menino de dentro (Dona Maria Aparecida, Grão Mogol) (grifos meus)

Aqui, o aprendizado dá-se através de vários aspectos: ter passado pela experiência, enquanto parturiente, ter visto o que a parteira fez, e pelo entendimento concedido por Deus. O papel de Deus no bom-sucesso dos partos também aparece no depoimento abaixo:

Depois do primeiro, eu fui em frente, fui em frente com as graças de Deus não parei, tem mais de cinqüenta, tem mais de cinqüenta meninos que eu aparo. E agradeço a Deus que nunca deu problema e minha vontade(...) é de nunca falar assim: não (!) Tenho enfrentado parto difícil, menino de dois cordões no pescoço, mas Deus é muito poderoso. Eu, quando o menino vai pra nascer que eu vejo que está com dois laços amarrado, ainda *deixo a testemunha* pros outros vê, porque às vezes eu sozinha eu tiro um laço, o menino nasce, eu tiro um, e deixo o outro, e tem prova da mãe. Só se for até pra mim mostrar a criança eu posso trazer e mostrar. Tiro um laço e deixo o outro laço pra mãe ver, e deixo pra outras pessoas vê que, talvez *muita gente duvida* né? (Dona Maria Aparecida, Chapada do Norte)

Nesse comentário, além da presença de Deus, vê-se a preocupação da parteira em deixar testemunho já que teme acusações, assinalando que convive, nestas regiões, com as formas mais tradicionais de prestígio, confiança, desconfiança, perigo e riscos trazidos pela medicalização. No entanto, a noção de que a autoridade divina é superior às autoridades políticas parece ser um motivo que encoraja essas mulheres – sobretudo as *de ocasião*– a

<sup>353</sup> PARTEIRAS: A Magia da Sobrevivência. Direção de Miriam Lane e Ângela Mascelani. Recife/Rio, Curumim/ UNICEF, 1998. 1 Cassete (15 min):son., color., 12mm; VHS NTSC.

seguirem atuando: não se deixa de auxiliar outra mulher, mesmo sob pena de algum tipo de punição:

Nisso fui encaminhando. De vez em quando aparecia um [parto] pra mim. De vez em quando alguém me chamava pra pára. Meu marido falava: “mas minha mulher não vai ficar segurando mulher não, que é  *muito perigoso, se ela não der conta, Deus que livre, mas se ela não der conta, ela minha mulher vai presa, e não dá certo, e Deus me livre que minha mulher precise ir em porta de delegacia pra fazer essas coisas*”. Eu falava: óh meu véio, cê não sabe nada não, Deus é quem sabe. *Eu faço as coisas é por Deus na frente, e graças a Deus todos os menino que eu peguei tá lá de pé(...)*Tereza minha prima botou o meu nome nesta lista, ela falou assim: “a senhora vai lá mexer com isso ainda?”. Eu falei assim: se Deus abençoar, e eu viver mais uns tempos, eu mexo. Aí eu fui continuando, pegando menino, pegando menino, pegando menino... (Dona Joana, Minas Gerais) (grifos meus)

Aqui também aparecem referências à autonomia que as parteiras detêm no contexto familiar, sobretudo diante dos maridos, o que revela seu poder enquanto parteira, como vimos no Capítulo II.

As indicações cronológicas de quando haviam começado o partejar, indicam ter iniciado por volta dos treze anos, tendo aprendido o ofício sempre com uma outra mulher da rede de parentesco, com a própria parturiente – quando ela não é primípara – ou ainda sozinha, diante de uma emergência. É bastante comum – e isto não é exclusividade do Vale – que a parturiente forneça as orientações a uma outra mulher (não-parteira) sobre como auxiliá-la no parto, tendo em vista seu conhecimento prévio acerca do processo.

Nos cursos, encontram-se algumas parteiras que fizeram cursos de curta duração realizados na região anos atrás,<sup>354</sup> embora já exercessem o ofício ou tivessem vocação para tal, por isso foram convidadas a fazê-los. Há, também, algumas mulheres mais novas, envolvidas com o Programa de Saúde da Família e com trabalhos de pastorais e comunitários, de modo geral, em menor número do que as antigas, deixando clara a enorme distância que o ato de partejar *das antigas* – ainda feito até hoje – traz com relação à forma mais moderna, praticada pelas mais jovens.

---

<sup>354</sup> Os relatos destas parteiras falam de cursos realizados pelas irmãs, de uma instituição religiosa. Situação similar foi encontrada em outras localidades da mesma região, sendo que nestas localidades houve ainda cursos promovidos pela fundação SESP, não-religiosa, provavelmente na década de 80. Cf. COSTA, Lúcia. op.cit.

Um aspecto ligado às formas de aprendizagem e ao desempenho do ofício refere-se ao tipo de parteiras e é similar ao que se tem observado em outras regiões: a existência de um sistema classificatório que hierarquiza as diferentes formas de partejar, sugerindo uma complexidade do ofício e do sistema de *partería popular*. Em primeiro lugar, aparecem aquelas que desempenham o ofício como *missão*, a partir de uma noção de dom e vocação, reconhecidas como parteiras experientes. São as mais antigas, as que fizeram mais partos, as que conhecem as manobras mais complicadas, as que são freqüentemente chamadas por outras colegas diante de dificuldades em partos mais laboriosos ou complicados. Num outro nível, estão aquelas que desempenham um *ofício*, mas não tendo tanta experiência ou o dom,<sup>355</sup> costumam atender os partos mais simples e encaminhar os demais, a outra parteira, ou ao hospital. Finalmente, há ainda muitas mulheres que, no curso, apresentam-se como parteiras, e que têm atendido partos na região em caso de emergência, a partir da concepção de que tem o *dever de ajudar uma mulher que está precisando*.<sup>356</sup> Desta forma, a necessidade, a emergência, as urgências, fazem de toda mulher uma possível parteira- ainda que *de ocasião*. Tal situação não é incomum nem excepcional, dado os conhecimentos relativos ao corpo, ao parto que circulam entre as mulheres – e mesmo entre homens, como sugerem alguns depoimentos. Aquelas redes de solidariedade e conhecimentos femininos, referidas pelas historiadoras como tendo sido perdidas com o processo de medicalização parecem estar vivas neste contexto. Talvez ajudem a explicar porque – apesar do aparente risco de parir sozinha – muitas mulheres não se preocupam em buscar auxílio previamente, muito menos se dirigirem ao hospital mais próximo, isto sem falar nos partos feitos sozinhos, conforme se ouve falar.

A noção de que o parto pode ser feito solitariamente – visto ser um evento natural, fisiológico – alimenta, também, o imaginário do Parto Humanizado, como vimos em alguns autores no capítulo III. Mas, entre parteiras, o parto sozinho envolve a presença de Deus e os saberes prévios que elas detêm sobre o assunto, como sugere uma nordestina: “Eu tive

---

<sup>355</sup> A propósito, vale registrar o depoimento de Dona Joana, filha de uma parteira da Ilha de Santa Catarina, contando que nos partos difíceis, sua mãe costumava recorrer à Dona Mariazinha, parteira espírita, que salvava as parturientes em partos muito difíceis em função de sua condição de médium (Cf. TORNQUIST; BRIGNOL. op. cit.

<sup>356</sup> *Mulher ruim, mulher doente, mulher que está sofrendo, mulher incomodada* são termos usados para designar uma parturiente que está em trabalho de parto. Estes termos são encontrados tanto no Vale, ou Norte e Nordeste, quanto nas memórias de parteiras coletadas no Sul.

dezesseis filhos, os meus partos eu fazia eu mesma, graças ao meu deus, minha natureza., eu sofria calada, sofria. Nunca aperreei por causa de parto, meus partos foram tudo bom, porque quando ele vinha pra mim já tava nascido, graças a Deus”<sup>357</sup> (Dona Antônia, sertão de Pernambuco)”

### **Registros, mortes e estigmas**

Envolvido com o tema do registro está o problema da estigmatização das parteiras associado aos maiores riscos de um parto *das antigas*, que se originou no processo de medicalização do parto, como vimos no Capítulo II.

Muito se tem falado sobre os avanços da biomedicina no que concerne ao parto, apontando a medicalização como a responsável por uma mudança radical na mortalidade materno-infantil. Frases como “*ah, o tempo das parteiras era bonito, mas tinha muita morte também... naquele tempo, parto complicado era morte certa (...) Quantas mulheres morreram de parto...*” foram frases que escutei ao longo do trabalho de campo, não só no universo do movimento, mas de pessoas de meu círculo de relações e convívio. A idéia de que “*morria-se mais de parto antigamente*” persiste nas representações coletivas acerca do assunto, deitando raízes na tradição higienista que passou a informar as concepções modernas a respeito do assunto, tendo a seu favor os detalhados registros, sem a margem de comparação com práticas de cura que não deixam senão inscrições na memória coletiva.

Em uma recente publicação da Rede Latino-americana e Caribenha de Humanização do parto e nascimento (RELACAHUPAN) Isabel Fernandez del Castillo, estudiosa de questões ligadas ao nascimento, diante da pergunta sobre a propalada e grande incidência de mortes no tempo das parteiras, manifesta-se assim:

*Esta es una tortuosa verdad parcial para perpetuar el estado de cosas. Si esto fuera así nos habríamos extinguido. Hay un porcentaje de partos que se complican, como que 10 % (OMS). Esos son los que en otro tiempo hubieran supuesto un riesgo de muerte, los que no pueden prescindir de la ayuda médica. (...) Cito un párrafo textual de la OMS del informe “Tener un hijo en Europa”: Durante los últimos años la mortalidad perinatal ha disminuido muchísimo, y los médicos lo atribuyen a que los partos tienen lugar en los hospitales. No hay ninguna prueba de que eso sea cierto. La evidencia científica muestra que mueren menos bebés*

---

<sup>357</sup> PARTEIRAS: A magia da sobrevivência, op cit.

*porque hay una mejor nutrición, una mayor salud de la mujer, mejores condiciones de vivienda, y esto es muy importante porque las mujeres tienen menos hijos y cuando lo desean a tres de la planificación familiar. Por otra parte, las estadísticas materno infantiles son simplistas, no incluyen la iatrogenia, es decir, las secuelas físicas, psicológicas y sociales de los partos medicalizados, tanto en bebés cuanto en sus madres.*<sup>358</sup> (grifos meus)

Vimos no Capítulo II, que os argumentos de risco estiveram, historicamente, ligados à questões, eminentemente, políticas, na época em que nem mesmo os sistemas de registro estavam organizados. No entanto, eles adquiriram eficácia a partir de melhorias gerais no controle da mortalidade, bem como se beneficiariam dos avanços da própria obstetrícia em resolver problemas criados de forma iatrogênica, como vimos, também, no caso Semmelweiss. Mas a eficácia do argumento persiste, associando as mortes no parto à ação das parteiras. Lembremos que um dos objetivos da OMS, no que tange ao Programa com parteiras tradicionais, é o de, ao capacitá-las e propiciar sua integração ao sistema de saúde é contribuir para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Desta forma, as dificuldades de estabelecer correlações entre estes dados são grandes, como assinalado Isabel del Castillo.

Para Robbie Davis-Floyd, o uso de luvas e máscaras, bem como da roupa branca, corresponderia ao conjunto de crenças, propriamente, médicas que proliferaram com o processo de migração do parto para o meio hospitalar. Também Michel Odent, em seus primeiros escritos sobre o nascimento, também refere-se ao tema:

*L'habitude d'être casqué, botté, masqué, ganté pour faire un accouchement peut faire sourire lorsqu'on connaît l'énorme flore microbienne qui pullule dans les zones vulvo-vaginales et anales, comparé a l'apport négligeable que pourrait représenter des mois propores qui entreraient à peine en contact avec la tête de l'enfant. (...)L'enfant ne reposera pas dans un milieu stérile et ne sera pas manipulé avec des gants.*<sup>359</sup>

Em função da Aids, haveria que se proteger o médico e equipe, mas, segundo vários

<sup>358</sup> CASTILLO, I.F. Por qué seguimos sufriendo? *Boletín de la Relacahupan* (Red Latino Americana y Caribeña por la Humanización del Parto y del Nacimiento (disponible em [www.relacahupan.org](http://www.relacahupan.org)) Acesso em: dezembro de 2003.

<sup>359</sup> ODENT, M. *Bien... op. cit.*

*rehunidos*, o uso de todos esses aparatos teria se tornado necessário em função da epidemia da AIDS e outras doenças transmissíveis; particularmente no âmbito da saúde pública, conforme relatam Flavinho, Beatriz e Renato<sup>360</sup>.

De todo modo, o peso do estigma e o rol de acusações sobre parteiras e classes populares, parecem ter sido e continuam sendo mais fortes do que os perigos existentes dentro do próprio hospital, instituição resistente a ver a si mesma como sistema de cura com limites, além de suas conhecidas vantagens. A noção de segurança e eliminação de riscos, com a qual a medicina se identifica, é reforçada na medida em que esta dispõe de dados abundantes, ao passo que as práticas estigmatizadas em geral são avessas, por sua própria lógica, a coleta e à demonstração de dados, o que favorece especulações quanto aos perigos de infecções e outros, inerentes ao processo vital, sobre aquelas práticas das quais não há documentação.

Confirma-se a preocupação nos cursos de capacitação, a respeito das lacunas no sistema oficial de registro acerca da saúde reprodutiva das mulheres e das crianças, de forma a computar esses dados no SINASC. No entanto, esta tarefa não é simples para as parteiras, visto que, por um lado, não manejam com familiaridade os códigos escritos para preencher as fichas distribuídas, e, por outro, não julgam ser necessário fazê-lo.

### **As parteiras na visão da OMS**

A cidade de Fortaleza, que sediou o Congresso da OMS em 1985, e a Conferência Internacional de Humanização do Parto e do Nascimento, em 2000, é a cidade natal de José Galba Araújo, médico que passou a orientar seus trabalhos em obstetrícia e assistência neonatal, em consonância com o trabalho das parteiras nordestinas. Obstetra, professor da Faculdade de Medicina do Ceará e fundador da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Galba Araújo iniciou, nesta instituição, um trabalho de *simplificação do parto*, na contracorrente da obstetrícia tecnologizante dos anos 70. Segundo relatos de ativistas da humanização e em função de seu trânsito em outros países, ele logo se tornou conhecido

---

<sup>360</sup> Um olhar crítico sobre o estabelecimento de fronteiras simbólicas entre médicos e doentes aparece no filme *Diário de Motocicleta*, de Walter Salles: o então estudante de medicina Ernesto Guevara (Che) recusa-se a vestir as luvas num asilo de leprosos, buscando aproximar-se dos doentes, dissolvendo as rígidas fronteiras entre doença e saúde, representadas pelas luvas.

fora do país, tendo sido um interlocutor importante da OMS.<sup>361</sup> Além de introduzir uma série de iniciativas para humanizar a assistência hospitalar – que seriam chamadas humanizadoras – Galba criou um programa de atendimento primário de saúde em áreas rurais, no qual as parteiras tinham um papel importante. Também realizou cursos para estas parteiras, provavelmente de forma diferenciada dos já existentes e cuja Cartilha é referenciada pelo trabalho de Curumim. Sua atuação foi responsável pela inclusão de parteiras na Maternidade e pela criação de Casas de Parto comunitárias, que contribuiu para seu reconhecimento no exterior.<sup>362</sup>

No *Guia Prático da Maternidade Segura*, em que são descritas as diretrizes e recomendações da OMS, existem referências às parteiras, às enfermeiras-parteiras e às enfermeiras obstétricas, muitas vezes utilizando esses termos como sinônimos, em outras deixando claro que parteiras são aquelas mulheres leigas, entendidas de partos, que têm uma ascensão sobre mulheres pobres em função de sua proximidade cultural. Neste sentido, deveriam ser incorporadas – desde que *treinadas*- à equipe de saúde, podendo desempenhar o papel de auxiliares – como doulas ou como *prestadores de serviço de encaminhamento*.<sup>363</sup> a profissionais devidamente habilitados. No entanto, é forçoso reconhecer que nesta atuação constante em muitas áreas rurais – nas quais o serviço é precário ou mesmo inexistente – elas precisam também receber um treinamento adequado. É assim que estas parteiras são vistas e descritas pela OMS, e é partir desta concepção – seu ‘não-saber’ ou seus ‘saberes’ não modernos- é que se defende a necessidade de oferta de cursos de capacitação para parteiras *leigas* ou *tradicionais* .

Neste documento, as parteiras, que são fundamentais na vida das comunidades, aparecem deslocadas de seu tradicional lugar de poder e prestígio, e passam – segundo a concepção da OMS – para uma posição subalterna na equipe de atendimento. Sobre essas parteiras leigas, assim se referem os documentos da OMS:

Em países em desenvolvimento onde existe uma escassez de pessoal de saúde bem treinado, a assistência em povoados e centros de saúde freqüentemente está a cargo de pessoal auxiliar, como auxiliares de enfermagem/parteiras, *parteiras tradicionais* ou *parteiras leigas*

<sup>361</sup> Segundo as entrevistas com Beatriz e Renato.

<sup>362</sup> Conferência Internacional Sobre Parto e Nascimento. *O Povo*. Informe publicitário especial. 31 de outubro de 2000.

<sup>363</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Maternidade Segura. Guia Prático. 1996, p.5

*treinadas. Em certas circunstâncias, isso pode ser inevitável. Estas pessoas receberam pelo menos algum grau de treinamento e, freqüentemente fornecem a maior parte dos serviços obstétricos na periferia. Utilizando seus serviços, especialmente se forem supervisionadas por enfermeiras parteiras bem treinadas, pode-se melhorar o resultado da gestação e do parto. Entretanto, com freqüência seu nível educacional é insuficiente para executarem todas as tarefas acima descritas do prestador de serviços, seus antecedentes fazem com que sua prática seja condicionada por fortes normas culturais e tradicionais, que podem bloquear a eficácia de seu treinamento. Entretanto, deve-se reconhecer que é precisamente esta identificação cultural que freqüentemente faz com que as muitas mulheres, especialmente em áreas rurais, prefiram seus serviços no momento do parto. (OMS, 6) Com base nesses dados, a enfermeira parteira parece ser o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de prestador de serviços para ser responsável pela assistência à gestação e ao parto normais, incluindo avaliação de risco e reconhecimento de complicações*<sup>364</sup>(grifos meus)

Além do proclamado pequeno custo-efetividade, em uma clara orientação neoliberal, o documento explicita qual o lugar que a parteira passa a ocupar na hierarquia das funções da assistência ao parto: abaixo dos médicos e das enfermeiras, e ao lado dos auxiliares, profissionais que adquiriram sentido apenas na lógica da divisão do trabalho hospitalar, aos quais compete fazer aquelas tarefas basicamente manuais e que exigem maior responsabilidade.

De qualquer forma, as parteiras são vistas como necessárias porque fazem intervenções salvadoras naquelas regiões onde *falta tudo* – saúde, transporte, educação, higiene, recursos. Central no discurso da OMS, a noção de falta se articula com as noções correntes – mesmo dentro do movimento – de que as classes populares são desprovidas de todas as necessidades básicas, sendo definidas, antes, pela falta – de recursos, de serviços, de educação, de saúde, de atenção – do que por qualquer tipo de positividade. Ou, em uma perspectiva não muito distante desta, a noção de que as improvisações, as informalidades e a criatividade dos *desprovidos* vêm a ocupar as lacunas e brechas. Ainda sobre esta temática, a designação *Tradictional Birth Attendants* (TBA) aparece para designar parteiras dos países não desenvolvidos, em regiões distantes e com problemas de fome e doenças graves. As propostas da OMS referem-se a elas como figuras associadas à tradição, às

---

<sup>364</sup> Ibid.

sociedades rurais, excluídas dos modernos serviços de saúde; mas, essas mesmas *leigas* são responsáveis por mais de 60% dos partos em países em desenvolvimento, segundo a própria OMS reconhece em seus documentos.

Na história social da assistência ao parto, vimos o lugar a que foram sendo confinadas as parteiras, na medida em que avançava a medicalização e, com ela, os conflitos e tensões que se desdobraram nos mais diversos atritos entre profissões. Somente assim é possível entender como, na visão da OMS, a parteira é reconhecida – enquanto *prestadora de serviços de saúde* e mesmo capaz de realizar intervenções salvadoras – como elemento a mais (talvez *remanescente* de tempo antigo) em um complexo sistema de atenção ao parto que deve ser alvo de treinamentos e de formação específica.

Cabe destacar, nos documentos citados, o fato de as *normas culturais e tradicionais* serem vistas entre *bloqueadoras de seu treinamento* e provavelmente ineficazes, em uma clara associação entre um determinado *nível cultural* que essas parteiras teriam e o resultado que alcançam.

É neste contexto que se encontra sentido para analisar os programas de capacitação de parteiras tradicionais, cujos objetivos proclamados são: reduzir a mortalidade neonatal e materna e diminuir os custos que um programa de atendimento de inspiração universal implica. Desta forma, recomenda-se a notificação e o registro dos atendimentos domiciliares, uma espécie de caixa-preta da assistência no Terceiro Mundo.

O caso do Estado do Amapá é um dos exemplos desta questão: segundo dados da OMS e do SINASC é o Estado com menor índice de cesarianas e de mortalidade materna, conforme se pode ver nos mapas (Anexos 3 e 4). Estima-se que cerca de 20 a 30% são partos domiciliares feitos por parteiras tradicionais – aquelas , de nível educacional *insuficiente* e com fortes *normas culturais bloqueadoras* dos treinamentos. Embora a precariedade dos registros seja notável no âmbito de uma assistência tradicional, estas estimativas têm chamado a atenção de organismos como a UNICEF, co-promotora dos programas de capacitação, cujo coordenador em Belém, em seu prefácio ao livro *Parindo um novo mundo*, afirma: “O que sabemos é que o Amapá apresenta a menor taxa de mortalidade infantil das regiões Norte e Nordeste e que esta taxa situa-se, historicamente,

alguns pontos abaixo da média brasileira, contribuindo, portanto, para a melhoria da taxa nacional.”<sup>365</sup>

Neste Estado, o Programa de Capacitação de Parteiras foi um dos carros chefes do governo de João Capiberibe, do PSB, no período de 1998 a 2002, e, declaradamente, através do empenho da senadora Janete Capiberibe, sua esposa. Trata-se de uma experiência na qual o estado assumiu as ações mas também buscou a parceria com as ONGs ligadas à REHUNA e com as associações civis ali presentes.

Em geral, o programa tem sido apoiado por agências internacionais de desenvolvimento e tem contado com apoio localizado em alguns municípios, como é o caso de Melgaço (PA), onde o Curumim desenvolve uma experiência já consolidada.

O Programa de Capacitação de Parteiras Tradicionais acontece em um contexto diferenciado daqueles que o antecederam: de um lado, tem-se a estabilidade de uma estratégia de parcerias por parte de organismos internacionais, estimuladora deste tipo de aliança entre governos e movimentos sociais e/ou ONGs; de outro, a expansão do neoliberalismo com seus programas de ajuste estrutural para países ditos em desenvolvimento. Um ponto que também merece destaque, embora eu não vá analisá-lo neste momento, é o fato de que boa parte da demanda por cursos de capacitação vem de grupos ou instituições que executam projetos na área ambiental ou de desenvolvimento sustentável, como é o caso dos cursos que foram feitos na reserva de Mamirauá (Amazonas), na Estação Ferreira Pena (Pará), e, no âmbito nível governamental, o Plano de Desenvolvimento Sustentável do Amapá (PDSA).<sup>366</sup>

No Pará, a experiência piloto em termos de integração das parteiras e humanização da assistência vem sendo realizada no município de Caxiuanã, junto a um Programa de desenvolvimento auto-sustentável da Estação Ferreira Penna. Trata-se de uma das mais importantes referências do trabalho do Curumim, na medida em que a parceria com o poder

---

<sup>365</sup> SHWARTZSTEIN, Jacques. A mais antiga profissão do mundo. In: JUCÁ e MOULIN, op.cit., p.11.

<sup>366</sup> Projetos de sustentabilidade e desenvolvimento sustentável têm tido um avanço vertiginoso no Brasil desde os anos 90, e têm gerado análises e pesquisas, as quais transcendem meu campo de estudo neste momento, mas mostram a co-relação entre trabalho com parteiras e meio-ambiente, dentro da estratégia de preservação do meio-ambiente que devem incluir populações tradicionais (índios, camponeses, etc).

municipal atingiu um ponto alto, tanto no que se refere à capacitação de parteira e humanização da assistência hospitalar, como à sua integração ao sistema de saúde e a respectiva notificação de partos e nascimentos, um dos objetivos do programa. Em Roraima tem-se notícia de que, a partir de 2003, iniciaram-se ações de capacitação, junto a Conselho de Indígenas de Roraima (CIR), a partir de iniciativas de lideranças mulheres, na busca de valorizar e capacitar as parteiras indígenas de diversas etnias.

O apoio aos trabalhos de treinamento de parteiras não se limita à OMS, mas agrega outras agências financiadoras internacionais, imbuídas do mesmo ideário desenvolvimentista: também integram, de maneiras diferenciadas, a Fundação Mac Arthur que financiou um trabalho de pesquisa participante com as mulheres iauareté, a OXFAM tem apoiado algumas ações do Curumim, bem como a UNICEF, pioneira e sempre presente neste tipo de trabalho e que tem historicamente apoiado estas iniciativas, em função de sua política de redução da mortalidade infantil, correlacionadas com as questões da saúde reprodutiva e maternidade.<sup>367</sup>

Existem outras atividades mais pontuais e com características muito próximas entre si: envolvem parcerias de ONGs/grupos civis, ou profissionais identificados com o ideário do movimento da humanização e agências estatais, além de trabalhar com o parto e outros pontos ligados à saúde sexual e reprodutiva. É o caso dos projetos desenvolvidos por Heloísa Lessa e Marta Azevedo, com apoio da Fundação Mac Arthur, voltados às mulheres do grupo *iaraueté*, em uma área indígena do Pará, (São Gabriel da Cachoeira), incluindo vários aspectos da saúde reprodutiva, oferta de serviços de pré-natal e ginecológicos, entre outros<sup>368</sup>.

Muitos destes projetos têm contado com a participação de antropólogas, tanto na condição de participantes quanto na produção de reflexões sobre o trabalho desenvolvido, registradas em textos e artigos. Assim, a experiência de Melgaço contou com o trabalho de Ângela Mascelani, juntamente com as educadoras do Curumim; no trabalho com as índias *Iaraueté* participou Marta Azevedo e, no, Amapá, Bete Mindlin, ambas antropólogas.

---

<sup>367</sup> Ao que tudo indica, a UNICEF foi pioneira no incentivo a programas deste tipo, antecedendo, portanto, a entrada da OMS, o que parece corroborar o mesmo tipo de entrada do tema do parto no âmbito do movimento social: a partir da preocupação com os direitos e a saúde da criança, e, em um segundo momento, em função dos direitos das mulheres

<sup>368</sup> Fizeram parte do grupo, além da antropóloga e da enfermeira obstetra, um médico e um organoterapeuta (terapia alternativa que trabalha a partir da perspectiva de William Reich).

Nestas ações, é recorrente o apelo para a *riqueza cultural das práticas relativas ao parto*, as quais envolvem vários conhecimentos, e são apontadas diferenças culturais que emergem durante os cursos e outros momentos de contato com o universo das parteiras.<sup>369</sup> Trata-se de conhecimentos transmitidos oralmente pela linhagem materna, relativos ao corpo, aos processos naturais, à farmacopéia local.<sup>370</sup> Embora não fossem o aspecto central desse estudo, em função de seus objetivos mais imediatos, são levantados alguns dos saberes locais das parteiras: as diferenças simbólicas na concepção do corpo e do parto, as dinâmicas e a própria forma de atendê-los, sendo destacada a necessidade de conhecer e respeitar os saberes nativos referentes ao parto e ao corpo: “A principal conclusão desse trabalho é que os conhecimentos que as mulheres indígenas possuem tradicionalmente sobre sua saúde são bastante amplos. Pode-se, a partir daí, apenas ajudá-las no aprimoramento e adequação desses conhecimentos e práticas à nova realidade em que essa população está agora inserida.”<sup>371</sup>

Este tipo de constatação tem sido a tônica das intervenções feitas pelas curuminhas, em eventos e em conversas informais, estando presente também no manual que é trabalhado com as parteiras. Entre outras coisas, o grupo afirma que:

Vale salientar que em onze anos de trabalho com parteiras tradicionais, podemos muito mais que ensinar, aprender com elas uma forma mais humana de assistir as mulheres e suas famílias (...). Deve-se atenuar a postura educacional professor/aluno através de uma metodologia participativa: procurar-se também resgatar o saber empírico das parteiras: saber este que é repassado oralmente, visto que a maioria não é alfabetizada.<sup>372</sup>

### **Curuminhas: mulheres de carne e osso**

O Grupo Curumim – Parto e Nascimento esteve representado na fundação da REHUNA, em Campinas, em 1993, e desde então participou da Rede de forma contínua, tendo assumido sua secretaria executiva nacional durante os anos de 1998 até 2002. Além

<sup>369</sup> MASCELANI, A. Um mergulho no mundo das parteiras. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. op. cit.

<sup>370</sup> MINDLIN, B. *As parteiras do Amapá*. op.cit., p. 18.

<sup>371</sup> respeito e Integração de saberes de mulheres indígenas. In: *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 23, agosto de 2001 Disponível em [www.redefeminista.com.br](http://www.redefeminista.com.br),

<sup>372</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Trabalhando com parteiras tradicionais*, 2000. p.11.

de participar da REHUNA, o Curumim participa da Rede Saúde e de diversas instâncias coletivas ligadas à saúde da mulher e questões de gênero, tendo participado ativamente de instâncias regionais como o Comitê de Mortalidade Materna, os fóruns municipais e estaduais relacionados à mulher, os Protocolos da Violência contra a mulher, entre outros. Atualmente, desenvolve vários projetos, além dos treinamentos de Parteiras Tradicionais, ligados à sexualidade, à juventude e à infância pobre, tendo sua sede em Recife, quase na divisa com Olinda, e, coincidentemente, localizada bem próxima à Igreja Nossa Senhora do Bom Parto.

A sede do grupo assemelha-se aos espaços do circuito neo-esotérico em São Paulo:<sup>373</sup> um local onde convivem insígnias, materiais e práticas diversas de cura, sociabilidade e educação. Além de trabalharem com o projeto de parteiras, as *curuminhas* trabalham com oficinas de sexualidade e terapias holísticas, e prestam atendimento ginecológico gratuito a mulheres que são vítimas de violência. Há duas salas para atendimento de saúde – um pequeno consultório ginecológico e uma sala de massagem – uma biblioteca, salas de trabalho individuais, uma cozinha, uma sala de jantar e uma sala para reuniões e /ou oficinas. Elementos comuns ao universo neo-esotérico circulam neste espaço, entre as pessoas que ali trabalham, e são, também, socializadas entre as mulheres pobres, público alvo principal do grupo: assim, as adolescentes que discutem sexualidade, bem como as parteiras tradicionais do Nordeste entram em contato com práticas como massagem *shiatsu*, *ayurvédica*, *reiki*, astrologia, dinâmicas de orientação gestáltica e reicherniana. Alguns desses serviços são oferecidos também pela ONG em sua sede em Recife.

Esse grupo, que se auto-intitula feminista, desde 1989 trabalha com questões ligadas ao parto e ao nascimento, e tem sido, ao lado de Cais do Parto, outra ONG pernambucana,<sup>374</sup> uma das protagonistas desta ação no Brasil. O fato de existirem dois grupos feministas dedicados a trabalhar com parteiras na mesma cidade não causaria espanto se fossem considerados dois aspectos: a persistência das parteiras tradicionais no

---

<sup>373</sup> Conforme o estudo de MAGNANI, J.G. *Mystica urbe*. Um estudo sobre o circuito neo-esotérico na cidade de São Paulo: Studio Nobel, 1999.

<sup>374</sup> Cais do parto é uma ONG que desde o início esteve envolvida com a Rehuna e com os trabalho de capacitação de parteiras tradicionais, tanto no Amapá, quanto em Pernambuco, em função do recorte feito nesta pesquisa – e apenas por isto – não trabalhamos com Cais do Parto, mas apenas com Curumim.

estado de Pernambuco (e alguns estados vizinhos), em função das próprias condições sócio-econômicas da região, e a forte tradição do ativismo social de Pernambuco. Este Estado é um centro importante no campo da chamada *educação popular*, contando com vários grupos de certa forma tributários dos trabalhos de Paulo Freire. No campo do feminismo, em contraste com iniciativas mais pontuais de organização de mulheres dos anos 70,<sup>375</sup> Recife conheceu um amplo desenvolvimento de grupos e associações feministas a partir dos anos 80, concentrando, hoje, um dos maiores contingentes do país.<sup>376</sup> A experiência pioneira do grupo SOS Corpo, criado na década de 80, foi uma das mais bem-sucedidas no que se refere à profissionalização de militantes, talvez por isto tenha sido uma espécie de campo irradiador de outras práticas similares na região, incluindo-se, neste processo, cisões e dissidências que viriam a constituir outros grupos feministas na cidade. O caso do Curumim é um exemplo de articulação entre estas duas tradições de ativismo social: feminismo e educação popular da região, e esta marca está presente no manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, elaborado em conjunto pelo grupo com o Ministério da Saúde:

A capacitação também deve constituir-se de momentos de *reflexão sobre a condição feminina*, que passa necessariamente pela sexualidade e conquista de cidadania. Muitas das técnicas desenvolvidas pelo movimento de mulheres e movimento popular de saúde. Elas foram criadas, adaptadas e utilizadas como instrumentos para a sensibilização sobre *questões de gênero* e reciclagem de conhecimentos técnicos.<sup>377</sup>  
(grifos meus)

Nos últimos anos – sobretudo em decorrência do trabalho com parteiras pobres rurais – Curumim tem se aproximado do Centro Josué de Castro, que atua com educação popular nas trilhas de Paulo Freire e através de um grupo de educadores populares

---

<sup>375</sup> Segundo Anette Goldemberg, nos anos 70 a maioria das ações e grupos feministas localiza-se no Sul e Sudeste do país. (Cf. GOLDBERG, A. op. cit. p. 455).

No entanto, em Recife havia três grupos de mulheres, entre eles SOS Corpo, que foram assumindo uma posição de destaque no cenário nacional, de uma forma bastante rápida.

<sup>376</sup> Segundo Janáina Xavier Nascimento, uma parte significativa dos grupos relacionada ao feminismo está participando do Fórum de mulheres de Pernambuco, sendo que a maioria delas concentra-se em Recife, ainda que desenvolva trabalhos em outras localidades (Cf. NASCIMENTO, Janáina Xavier. *Identidades Coletivas no feminismo contemporâneo: o caso de Pernambuco*. Florianópolis, 2002. Projeto de Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>377</sup> BRASIL. Ministério da Saúde/Curumim. op..cit., p.11

desenvolve uma metodologia intitulada Reflect-ação.<sup>378</sup> O Curumim tem oito profissionais que trabalham exclusivamente de forma profissional e remunerada, sendo sete delas mulheres. Conforme é comum no universo de ONGs, várias pessoas deixaram contribuições quando de sua estada junto ao grupo, como é o caso de Frida, que auxiliou na elaboração do *Livro da Parteira*. Segundo Rita:

Para a elaboração do livro da parteira mesmo, teve o acúmulo do Curumim e teve a participação de Frida, que foi fundamental, ela é uma *parteira alemã que passou dois anos aqui como cooperante*, paga pelo serviço alemão. Vinda de uma experiência de trabalho popular na Bolívia e outros países, e com a própria história de vida de ter participado desde o movimento estudantil, com resistência, com altos movimentos na Alemanha de entrar dentro de campo pra desarmar bomba... Então *ela tem uma experiência revolucionária grande*, é uma pessoa que tem no sangue assim, teve experiência com grupos indígenas na Colômbia, e não sei onde, onde ela desenvolveu trabalhos, por exemplo, com fotografias como forma de monitorar os trabalhos das parteiras, ela entrou com essa história da fotografia que a gente faz hoje, com essas máquinas descartáveis. A gente hoje também compra e leva pras capacitações e (...) a gente deixa as máquinas pra elas tirarem as fotos e depois entregam as máquinas pra gente. A gente revela mais de uma foto e fica trabalhando com este material também, como forma de discutir com as parteiras a gente usa as fotos. (Rita, educadora, Recife) (grifos meus)

A presença de estrangeiros garante a troca de experiências com outros países e reforça o tom cosmopolita do trabalho, que é uma das marcas da REHUNA. Esta possibilidade deve-se fundamentalmente ao apoio de agências financiadoras internacionais, que investem em projetos ligados a saúde reprodutiva e educação, como é comum no universo das ONGS. Trata-se de apoios e financiamentos feitos *por projeto*, e vulneráveis a avaliações, prestação de contas, e flutuações comuns neste tipo de parceria. A contribuição das agências governamentais nacionais é pequena, restringindo-se ao pagamento de passagens, estadias e materiais de forma pontual.

---

<sup>378</sup> Em 2003, por ocasião de nossa visita à sede do Curumim em Recife, participamos de uma reunião de trabalho com o Centro Josué de Castro, do qual faz parte o grupo que desenvolve a metodologia reflect-ação. Esta já havia sido referenciada por Nair durante os cursos em Minas Gerais e, entre 2002 e 2003, os laços entre os grupos tinham se estreitado a tal ponto que J, uma das líderes do grupo, personagem histórica do movimento popular em Pernambuco, já havia participado de um dos treinamentos de parteiras, realizado no Acre (...) em julho de 2003. Nesta reunião, discutia-se a continuidade desta parceria e J., dizia que “ *o que vocês fazem já é reflect-ação*”.

As atividades do grupo são expressão de um entendimento entre uma prática do feminismo histórico no Brasil, um feminismo de base, ligado às áreas da saúde e da sexualidade, e que vem atuando no campo dos movimentos sociais e nas lutas populares e de uma vertente mais contemporânea do feminismo que tem crescido no país nas últimas décadas: eco-feminismo ou feminismo esotérico, ambos bastante expressivos na região Nordeste.<sup>379</sup> Da tradição de trabalhos populares com mulheres, vem a preocupação em reconhecer e valorizar um ofício feminino, a partir não só de sua integração ao sistema, mas também visando algum tipo de remuneração que não venha a prejudicar a lógica da reciprocidade da qual o ofício se nutre.<sup>380</sup> Do feminismo ligado à saúde vem a preocupação com os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres atendidas pelas parteiras, entre os quais encontrando-se o parto e o resgate da *autonomia da pessoa*, quanto ao conhecimento e do direito de decidir sobre o seu próprio corpo, além de toda a dimensão especificamente metodológica. Do feminismo esotérico e do eco-feminismo, vêm os trabalhos junto a projetos de desenvolvimento sustentável, as práticas do neo espiritualismo urbanos, a preocupação com práticas holísticas e com o futuro do Planeta.

A associação entre espiritualidades se manifesta nos cursos: as neo-espiritualidades das coordenadoras e a religiosidade popular, fundamentalmente católica, das parteiras são elementos que permitem a ambas as partes estabelecer uma linguagem comum, uma espécie de cumplicidade lingüística que, embora tenha significados diversos para os dois lados, permite que se crie um elo de comunicação muito forte. É que a própria neo-espiritualidade auto-referida das educadoras articula-se com religiões históricas. No interior de Minas, o catolicismo é bastante forte e há um conhecimento significativo dos elementos que esta religiosidade invoca, como as rezas, cantorias e as santas que ajudam nos assuntos de mulheres: *Nossa Senhora do Bom Parto*, *Virgem Maria* e *Santa Margarida*, bem como

---

<sup>379</sup> Em seu estudo sobre neo-religiosidades, Elisete Schwade analisa os encontros Wicca, ritual característico deste universo feminista-esotérico, em várias cidades do Nordeste, dentro de um calendário específico. Cf. SCHWADE, E. *Deusas Urbanas*. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Paulo.

<sup>380</sup> Uma das questões que o programa coloca diz respeito à remuneração e aposentadoria das parteiras, que advém do seu reconhecimento enquanto profissionais. Há toda uma complexidade nesta passagem de ofício à profissão, e uma discussão sobre as formas mais adequadas de remuneração.

*Jesus Cristo e Deus Pai* são freqüentemente invocadas pelas parteiras para ajudarem nos partos difíceis.

### **Os cursos no Vale**

O programa de capacitação pressupõe a adesão voluntária de prefeituras e regionais de saúde: um curso, para ter início, requer a comprovação de que além do interesse, haja efetivamente parteiras atuando na região. As cidades onde acontecem os cursos são escolhidas a partir de sua posição estratégica (referência) nas regiões em que estão inseridas, e implicam em uma complexa articulação entre profissionais da rede interessados no projeto, como foi o caso dos cursos que acompanhei. Estes foram realizados em Minas Gerais, fora, portanto, da região Norte/Nordeste do país, onde a existência de parteiras é maior e a experiência do grupo é mais antiga. Região de garimpo, negritude, religiosidade e pobreza, o Vale do Jequitinhonha fica ao norte de Minas Gerais, quase na fronteira com a Bahia, estado do qual muitas das atuais famílias vieram, em décadas passadas. As cidades envolvidas nos cursos que acompanhei podem ser vistas no Mapa de Minas Gerais (ANEXO 2).

Para a concretização desses cursos foram envolvidos profissionais de saúde pública do estado de Minas Gerais, secretarias estadual e municipal de saúde, bem como outros gestores da saúde nos municípios nos quais havia interesse, de fato, pelo programa. Antes dos encontros com as parteiras, foi realizado um curso de formação com profissionais da região, dando continuidade ao Programa ou executando novos treinamentos, em outras cidades e/ou regionais. O primeiro encontro de formadores em Minas Gerais foi feito em Diamantina, em 2001, envolvendo profissionais dos serviços de saúde de uma das regionais de saúde do Estado; dele se originou a primeira equipe disposta a trabalhar diretamente com as parteiras, numa das cidades referência da região.

A organização dos cursos no norte de Minas Gerais requereu um minucioso trabalho prévio para determinar, através de informações das próprias comunidades, quem eram as mulheres que faziam partos. Somente depois deste mapeamento foi possível passar à segunda etapa, que consistiu em estabelecer contatos e localizar as parteiras, das quais só se

tinha notícia através de contatos pessoais. Era preciso acionar uma rede de informantes do serviço de saúde das cidades-referência de cada região, e, a partir daí, iniciar o levantamento das parteiras atuantes, trabalho feito pelas assistentes sociais e/ou agentes de saúde das prefeituras, em função de seu contato mais direto com a população. Assim, essa metodologia de redes viabilizou a organização de uma lista e, posteriormente, foram estabelecidos os convites para as parteiras interessadas em participar do treinamento. Nesta região, a presença e a importância dos agentes de saúde municipais (PSF) e das Pastorais da Criança e da Saúde – ligadas à Igreja Católica – são uma realidade concreta.<sup>381</sup> As educadoras – médicas, enfermeiras e sociólogas - <sup>382</sup> fazem o trabalho propriamente pedagógico, com o apoio das assistentes sociais da cidade.<sup>383</sup>

Localizadas nos vilarejos e em pequenas cidades do Jequitinhonha, as parteiras são mulheres que trabalham na roça, muito pobres, quase todas analfabetas, extremamente religiosas. Muitas são vizinhas, para nossos padrões modernos de tempo e de espaço; no entanto, nem sempre se conhecem pessoalmente, embora no decorrer dos encontros e conversas, viessem a descobrir conexões entre parentes, amigos e *parturientes*, em vista da dinâmica de circulação desempenhada por elas. O prestígio da parteira é medido pelo quanto que se ouve falar (bem) de sua atuação entre comunidades mais próximas. Muitos dos povoados parecem distantes em decorrência das condições concretas de difícil acesso a sistemas de transporte ou a veículos, a situação que se coloca aos olhos modernos como falta, aparece nas narrativas e relatos dos partos como um dos pontos que torna a ida à maternidade uma escolha pouco provável.

---

<sup>381</sup> As duas assistentes sociais das cidades que acompanhei eram pessoas com um percurso de ativismo singular: ambas eram forasteiras, uma carioca, ligada a movimentos de Igreja, viera com toda a família para a região em função do trabalho; a outra era chilena e tinha uma longa trajetória de exílio e ativismo de esquerda, ela viera para a região com o marido, um ex-padre italiano, também ligado a esta experiência. Os maridos de ambas tinham como ocupação principal um comércio de artesanato, onde vendiam peças produzidas na região.

<sup>382</sup> Doravante, utilizo o termo *educadora* para designar as profissionais que atuaram no curso, seguindo o nome a elas atribuído no manual. Durante o curso, elas se auto-intitulavam coordenadoras, este último sendo o nome que lhes atribuíam as parteiras.

<sup>383</sup> As assistentes sociais atendiam a todas as demandas relativas ao bom andamento do curso, desde providenciar materiais didáticos até acertos relativos à hospedagem, ao transporte e à alimentação, que são fundamentais ao sucesso de qualquer evento. Elas sempre referidas e elogiadas pelas parteiras, que agradeceram o tratamento dedicado a elas, destacando hospedagem e alimentação.

Também participaram dos cursos, ainda que em minoria, mulheres que não eram propriamente parteiras: algumas eram agentes de saúde do PSF,<sup>384</sup> que eventualmente atendiam um parto e pareciam estar interessadas neste *mister* e outras que haviam sido reconhecidas nas comunidades como curiosas, *aparadeiras* ou parteiras eventuais e que já haviam socorrido alguma mulher. O Ministério da Saúde é bastante claro quanto aos critérios de participação do programa: *ser reconhecida pela comunidade como parteira*. O crescente interesse pela participação parece indicar a importância que os cursos levados ao interior conferem ao ofício, no sentido de seu reconhecimento social e sua legitimidade governamental, ou até mesmo, como reinvenção de uma tradição, como sugerem as expectativas pelo curso e a sensação de ‘empoderamento’ que a identidade de parteira parece vir adquirindo nas regiões onde o programa tem se institucionalizado, como o caso do Amapá e do Pará.<sup>385</sup>

Além das ativistas ligadas diretamente à ONG, as demais profissionais que se envolveram neste trabalho eram vinculadas a instituições de assistência ao parto (maternidades, secretarias da saúde), mas, para além desta vínculo, compartilhavam valores comuns, particularmente o da humanização da assistência ao parto, do feminismo e/ou do que alguns autores chamam de universo neo-esotérico.<sup>386</sup> A adesão ao Programa de Capacitação de algumas destas mulheres relaciona-se diretamente a esta dupla identidade, que marca vários *rehunidos*: em parte, o dever profissional, e, mais do que isso, o desejo de participar de um programa incipiente e desafiador, com o qual se identificam. Predomina a disposição pessoal das profissionais em integrar o trabalho, e, assim, transformar orientações burocráticas em situações concretas. Helena, uma das educadoras, conta que foi por acaso que teve acesso ao convite oficial encaminhado pela Secretaria de Saúde estadual

---

<sup>384</sup> Além de se candidatarem a participar dos cursos, os agentes de saúde do PSF são chamados a participar do trabalho de articulação das parteiras com o sistema de saúde local, sendo que, por ocasião dos cursos, eles são convocados, juntamente com outros gestores de saúde locais, para uma reunião específica com as coordenadoras, como aconteceu naqueles em que acompanhei.

<sup>385</sup> Nos dois cursos que acompanhei participaram dois homens que eram agentes de saúde e que já tinham feito, cada um, um parto. Um deles, em função de ser homem e de não ser parteiro – figura inexistente na região – foi mandado embora por ocasião de sua chegada à cidade por uma das funcionárias da prefeitura, mas logo depois foi resgatado pela assistente social, participando do curso. O fato virou motivo de piada, sugerindo uma certa aceitação e o estranhamento das parteiras quanto à possibilidade de haver um parteiro, o que ocorreria também no curso feito em Chapada do Norte.

<sup>386</sup> MAGNANI, op.cit.

para ser divulgado em sua instituição, o que demonstra o desinteresse de seus superiores pelo Programa.

No primeiro curso, o grupo de educadoras era composto por seis mulheres, sendo três delas oriundas de uma cidade mais próxima da região, duas outras de Belo Horizonte, e uma de Pernambuco; no segundo, três eram da região e uma de Belo Horizonte. As *educadoras* eram vistas pelas parteiras como representantes do Ministério da Saúde, envoltas em uma aura de poder e legitimidade que o governo parece gozar nesta região.

Nas aulas, foram utilizadas metodologias diversas, como dramatizações, modelagem em argila, vídeos, exposição oral e trabalho em pequenos grupos com o *Livro da Parteira*. O embasamento teórico-metodológico apoiava-se em autores como Reich, Foucault, Galba Araújo, Stevens e F. Perls, da abordagem gestáltica, além de autores do próprio movimento – Hugo Sabatino e Caldeyro-Barcia, da América Latina, e Janet Balaskas e Jacques Barbaut, da Europa, além de um autor da educação popular. A metodologia do curso e os materiais foram elaborados para analfabetos ou semi-analfabetos, procurando minimizar as dificuldades de leitura, escrita e manejo dos códigos escolares. O *Livro da Parteira*<sup>387</sup> foi distribuído para cada participante do curso logo no início deste curso. Tal livro foi elaborado a partir da realidade já observada pelo grupo Curumim: a predominância de parteiras não-letradas, isto se explica por que é composto fundamentalmente de imagens visuais e desenhos, acompanhado de letras grandes e textos curtos, buscando facilitar a sua leitura, em função das particularidades de seu público. Mas as parteiras têm bastante dificuldade em manejá-lo: não raro necessitavam de apoio das educadoras para encontrar as páginas que estavam sendo usadas, bem como virar as folhas do livro. As atividades que exigem reconhecer no livro algum órgão do corpo, parecem mais acessíveis, ao passo que a decifração de certos códigos da língua escrita como sinais gráficos comuns em ilustrações para expressar dor, mal-estar, preocupação, não são prontamente decifráveis. Outras, eram similares às situações vividas e contadas nos causos.

As dúvidas se referiam à interpretação dos sinais gráficos que indicam sensação de dor. Outras imagens que continham estes sinais também geravam incompreensões, que as educadoras tentavam sanar, quando se apercebiam do fato

---

<sup>387</sup> BRASIL. Ministério da Saúde/Curumim. *Livro da parteira*.1999.



Figura 5 – Livro da Parteira

Além do livro, foi distribuído a cada parteira o *Talão de Registro de Parto*. Trata-se de um bloco que cada folha apresenta colunas horizontais e verticais, que determinam o espaço para registrar os seguintes dados: nome e endereço da mulher, idade, dia do parto, hora do parto, sexo e peso do bebê, como foi o parto e se houve morte da mãe e/ou bebê).

**Talão de Registro de Parto em Casa**      Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Nome e endereço da mãe	Idade da mãe	Dia do parto	Hora do parto	Sexo	Peso do bebê	Como foi o parto? Tere algum problema?	Houve morte?	
							Mãe	Bebê

Nome da Parteira: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Figura 6 – Talão de registro de parto

É feita uma explicação de como usar este talão, e qual sua importância para o sistema de saúde. As educadoras sugerem que caso as parteiras não consigam escrever nele,

que solicitem à alguém da família ou do posto de saúde para anotar os dados do parto feito por elas. Recomenda-se que entreguem as folhas, à medida que forem sendo preenchidas, ao serviço de saúde local e, em contrapartida no manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, destaca-se a recomendação para os supervisores do trabalho que recolham estes registros continuamente.

Este material revelou-se, naquela ocasião, de difícil compreensão e manuseio para as parteiras, elas parecem não entender como funciona o cruzamento das colunas, e mesmo, as tentativas de trazer alguns exemplos são malsucedidas. Além de indicar um costume estranho as formas locais de registro e memória – que existem, mas são antes mnemotécnicas de uma cultura predominantemente não-letrada – sua finalidade não é compreendida por todas, pois o talão é um instrumento escrito, requerendo um domínio e uma familiaridade das parteiras com este tipo de ficha pouco usual, pelo menos entre as mais velhas e as semi-alfabetizadas ou analfabetas. As parteiras mais jovens demonstravam um maior interesse em aprender a manejar o talão, e uma familiaridade em compreender sua lógica, muitas vezes dispondo-se a auxiliar as mais velhas. Os materiais visuais são muito bonitos, e seu bom estado revela o cuidado que as educadoras atribuem à qualidade do curso. Muitos destes materiais são tradicionalmente utilizados em oficinas de sexualidade e outros são confeccionados especialmente para os treinamentos – boneca grávida, bebê negro dentro de uma placenta, prótese de um corpo feminino – além de painéis que ilustravam as exposições orais.

As dinâmicas utilizadas durante o curso são bastante variadas, tendo sido uma das preocupações intercalar atividades e metodologias diversas para tornar os cursos atraentes e participativos. Assim, trabalha-se ora em grande grupo, ora em pequenos grupos, monitorados por uma das educadoras.



Figura 7 - Pequenos grupos

As educadoras trabalham, geralmente, dialogando com as alunas-parteiras, e procurando recuperar dados e elementos que elas próprias fornecem sobre sua prática. A preocupação em fazer uma tradução dos termos científicos para os usados pelas parteiras e vice-versa é uma constante nos cursos, revelando o empenho das educadoras em, efetivamente, estabelecer uma via de mão dupla, uma intercomunicação:

(E) como vocês chamam quando a mulher expulsa a placenta (sempre mostrando as imagens do livro)

(P) Ah, isto é quando ela despacha, né?

(P) Despachamento!!

(E) Ou então: e com vocês chamam isto aqui? [clitóris, desenhado no livro]

(P) Ah, a pinguela da mulher!

(E) Olha, este nome eu não conhecia!!

Além de estarem seguindo as ‘dicas para as educadoras’, que fazem parte do Manual, entre as quais encontra-se a proposta de *fazer uma adequação da linguagem*, as educadoras revelam sua genuína preocupação de serem entendidas, ao mesmo tempo em que, elas próprias, apesar da formação e profissão, são *mulheres de carne e osso*,<sup>388</sup> que

<sup>388</sup> Seguindo a sugestão de Malinowski, que propunha pensar nos nativos como homens de carne e osso, recuperando suas idiossincrasias.

usam expressões deste tipo também em seu cotidiano, algumas delas de caráter regional que, para mim, eram desconhecidas.

A primeira atividade dos cursos é a apresentação de cada uma, a partir de desenhos feitos por elas – inclusive as educadoras – de elementos da natureza de sua escolha, em seguida, falam seu nome e a região onde vivem. Tratam-se de dinâmicas comuns em trabalhos com grupos populares e de base, inclusive feministas, nos quais se investe na participação e no envolvimento pessoal de todas.

Algumas parteiras manifestam um nervosismo bem conhecido no universo do sistema escolar formal, comum entre os alunos que não estão familiarizados com a cultura letrada. No caso delas, um outro agravante é o fato de que muitas padecem de problemas de visão, que parecem ser recorrentes na região,<sup>389</sup> mas, elas mostram-se esforçadas para se concentrar e escutar a fala das coordenadoras bem mais do que acompanhar no livro o que está sendo mostrado. As mais novas, em geral, são as que dominam o código escrito; percebe-se, então, sua maior familiaridade e a preocupação em auxiliar as mais antigas. É entre estas que se observa a existência de uma *boa vontade* cultural,<sup>390</sup> vale dizer, de uma predisposição em colaborar com as educadoras, concordando com suas sugestões e – como boas alunas – participando ativamente do diálogo, reiterando as chamadas *práticas adequadas* e tecendo críticas práticas e costumes antigos, geralmente baseados em *crendices*.

Na parte de anatomia, em que as parteiras são convocadas a fazerem o aparelho reprodutor feminino *tal qual o conhecem* depois, *como ele é*, em modelagem em argila, atividade que é realizada com particular atenção e que provoca muitos comentários. Em geral, elas fazem o aparelho reprodutor de forma similar a uma cabeça de boi, que parece ser a forma de representação corrente entre elas, e na qual aparece a referência – comum em outros aspectos – a animais e formas da natureza. Há aqui uma grande dedicação das

---

<sup>389</sup> Em Chapada do Norte, observei vários cartazes afixados em locais públicos anunciando a vinda de um Médico de olhos à cidade, em uma data precisa. Além disto, as parteiras mais velhas comentavam, no momento da feitura do Mural das Parteiras, sempre espontaneamente que uma das dificuldades encontradas, era o problema da visão, visto como um motivo legítimo para deixar de partejar.

<sup>390</sup> Segundo Bourdieu, a boa vontade cultural é a expressão clássica daquele aluno que procura mostrar seu interesse e apreço as normas e regras escolares, na intenção de ser reconhecido como legítimo pelo professor. (Cf. BOURDIEU, P. *A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975).

‘alunas’: as parteiras demonstram muito interesse bastante pelo tema e tem familiaridade com o manuseio do barro, uma das atividades bastante desenvolvida na região.<sup>391</sup> Trata-se de um momento que suscita muitas conversas, perguntas, respostas, ponderações, comparações sobre as pequenas esculturas feitas com as colegas. Nesta ocasião, ficamos sabendo de vários costumes e expressões nativas, correspondentes aos nomes científicos, que eram explicados pelas educadoras. Embora buscassem deixar bem claras as *denominações corretas* dos órgãos, as educadoras escutavam com atenção os termos trazidos pelas parteiras, reconhecendo alguns ou buscando outros de seu conhecimento. Nestes momentos dos cursos eram feitos vários comentários relativos à sexualidade, devido à análise do corpo feminino *por dentro*, no dizer das educadoras, e as parteiras fazem piadas e comentários maliciosos, ao indicarem nomes locais para os referidos órgãos e partes do corpo. A atividade finaliza com uma exposição de uma das médicas sobre os órgãos, no qual elas incorporam designações e formas que apareceram durante a atividade com argila.

Segue-se a exibição de dois vídeos: um sobre a valorização do ofício da parteira, *A Magia da Sobrevivência*, produzido pelo próprio Curumim sobre o trabalho desenvolvido pelas parteiras pernambucanas; o outro, filmado na Holanda e na Alemanha, mostrando partos domiciliares, ao estilo do parto natural, sempre com a presença dos maridos. A observação dos vídeos provoca muitos comentários e comparações, até mesmo o parto doméstico que ocorre em países de primeiro mundo – em um contexto muito distante dessas mulheres – é alvo de comparações: “*olha, isso aí é bom para nascer logo*”, “*olha onde que ela (parturiente) vai parar assim*”? Quanto à posição, vertical ou de cócoras, que é exibida no segundo vídeo, os comentários são sobre as semelhanças entre os partos em que a mulher se segura em uma corda, em uma rede ou em uma pessoa, pois fazem parte do repertório de posições executadas na região. Elas se posicionavam como *especialistas* no assunto ao ver este vídeo, acompanhando cada detalhe dos partos mostrados, não prestando muita atenção à presença do marido ou a outros elementos do universo alternativo que nele

---

<sup>391</sup> Segundo Sonia Missagia Barros, a atividade de modelagem em barro tem sido recuperada a partir de instituições sociais e públicas voltadas à promoção do artesanato na região do Jequitinhonha, dentro de uma concepção similar que embasa o programa de capacitação do ponto de vista OMS, que seria de oportunizar um ‘desenvolvimento’ a partir das condições locais (Cf. BARROS, S. M. Artefatos do gênero na arte do barro: masculinidades e feminilidades. Revista Estudos Feministas. Florianópolis, UFSC, v.10, 2001)

estão presentes, como música *new-age*, pouca luz, respirações e meditações, banhos de imersão.

Algumas horas do curso eram dedicadas ao ensino de *noções de higiene*, nas quais se explicavam os riscos de infecções e as possíveis causas da mortalidade materna e seus causos, bem como se fazia uma aula prática sobre como lavar as mãos. Neste momento, era distribuída uma pequena escovinha, que ficaria com cada parteira, e um pedaço de sabão. Procedimento emblemático da concepção higienista e, na minha opinião, revelador das concepções de *pureza* e *perigo* nela inspiradas, tal atividade foi realizada com pouca destreza pelas parteiras. As dificuldades agravaram-se quando, logo em seguida, deviam colocar as luvas descartáveis, para esta função as monitoras tinham um importante papel pedagógico a cumprir, com exceção de mim, que, neste particular momento, estava prestes a desertar da dimensão participante da observação. Evidentemente, tal ato foi impossível, dado o lugar que ocupei como uma das educadoras, e pude perceber, assim, pelos comentários, que elas viam com bons olhos esta atividade, que evitaria maledicências sobre sua prática, muitas vezes vista como suja pela sociedade local. *Algumas* ponderavam que era difícil fazer assim, porque ‘*na emergência não dá tempo de escovar assim...*’. Ou então, como comentara Dona Eva, de Botumirim: ‘*Dizem que com luva a pessoa perde a sensibilidade(...) É, eu acho que fica mais difícil de dominar.*’<sup>392</sup>

As parteiras também levaram materiais para casa: receberam camisetas brancas com a impressão de um desenho e das palavras *Parteiras Parceiras*, contendo ainda uma identificação do Ministério da Saúde e do Governo Estadual. As camisetas eram distribuídas em círculo, sendo a parteira mais antiga a primeira a receber e a atividade devidamente fotografada pelas educadoras, como forma de registrar a *importância de vestir a camiseta da parteira*, segundo Helena. Rita e Betânia, em situações diversas, acentuavam a importância das camisetas: “É para que vocês sejam identificadas como parte do sistema de saúde”, e também “porque é bom se ter uma roupa só para os partos”.

---

<sup>392</sup> Dominar é o termo usado para designar a habilidade e destreza da parteira diante dos movimentos do bebê e da mulher.



Figura 8 – Curso de Chapada do Norte

As camisetas, rapidamente, foram transformadas em uniforme escolar dos cursos, sendo colocadas por cima de vestidos e blusas, tornando-se o traje oficial das inúmeras fotografias que eram convocadas a fazer: *nelas, as* parteiras aparecem trajadas com as tais camisetas, resultado da espontaneidade de algumas e das sugestões das educadoras:



Figura 9 – Curso de Botumirim

A história das camisetas é prosaica, mas reveladora das complexidades políticas que permeiam o programa: a coordenadora da regional de Saúde, simpatizante do grupo e identificada com o ideário da humanização, foi quem garantiu sua confecção, cujo empenho

foi visto pelo grupo como uma mostra de sua vontade política e certa autonomia dentro da burocracia estatal.

As parteiras deveriam receber vários materiais, sendo que, apenas, os que eram atribuição do Ministério e do Curumim foram efetivamente entregues: o Livro da Parteira o Talão de Registro, o Pinard<sup>393</sup> e uma fita métrica. Elas, também, deveriam receber o Kit da parteira, uma maleta vermelha contendo instrumentos a serem usados nos partos. que era apresentado por uma das enfermeiras peça por peça: um termômetro, uma balança *modelo pastoral da Criança*, duas tesouras, um lençol plástico, uma bacia, vários pacotes de luvas descartáveis. No entanto, apesar de ter sido alvo de uma apresentação detalhada, o belo Kit não foi entregue durante os cursos, como deveria ser, gerando, posteriormente, uma decisão bastante dura da equipe de Curumim: o de não participar mais de capacitações nas quais o(s) governo(s) não cumprisse(m) seu(s) compromisso(s) na propalada *parceria* com as demais partes, seja no âmbito municipal ou estadual. Tal ausência, vista como mostra da tímida vontade política dos mais altos escalões do governo, justificava-se através de declarados *problemas administrativos ligados à licitação*, explicação que não foi vista, pelas educadoras, senão como sinal de desprezo e boicote pelas educadoras. Aqui, vemos claramente os limites da política de parcerias dos governos, no caso, levada a sério pelo ativismo e engajamento das profissionais e secundarizada ou esquecida por parte das burocracias estatais. Em outras experiências feitas pelo Curumim e outros grupos, as parteiras têm recebido o material completo, segundo consta nos informativos sobre os cursos realizados no Pará (Melgaço) e no Amapá.

Chamou a atenção das parteiras o extremo cuidado e adequação do material do kit ao tipo de trabalho feito por elas: as duas tesouras eram doadas para que uma fosse usada somente para os partos e a outra reservada para uso doméstico e pessoal das parteiras, uma vez que se supunha – a partir do trabalho já desenvolvido – que a tesoura seria usada para outras atividades, correndo risco de ser portadora de infecção. Havia ainda uma sombrinha e uma lanterna: “*Elas pensaram em tudo mesmo*”, eram os comentários das parteiras durante a apresentação dos materiais. Realmente, eles haviam sido alvo de uma cuidadosa

---

<sup>393</sup> Pequeno instrumento utilizado para escutar os batimentos cardíacos do bebê, quando na barriga da mãe. Era mostrado e distribuído às parteiras, mas as próprias educadoras, diante de seus aguçados ouvidos, aconselhavam a usá-lo somente se fosse necessário.

elaboração, a partir dos trabalhos feitos pelo Curumim com as parteiras nordestinas e as do Pará, estados em que as parteiras efetivamente conseguiram colocar as mãos nos materiais e

instrumentos recomendados.

### **Dramatizando o vivido**

Um momento ímpar do curso foi o da dramatização, no qual as parteiras mantiveram-se extremamente concentradas, e empenhadas em bem representar as diversas situações que costumavam ocorrer nos partos. Tratava-se de encenações curtas, elaboradas em pequenos grupos sem a presença de monitoras, apresentadas, depois, ao grande grupo. Um dos temas a serem dramatizados foi a questão do reconhecimento profissional de cidadania: a partir de uma suposta situação de descaso e desprezo para com seus direitos, os grupos deveriam elaborar soluções para o problema. Tal temática faz eco a um dos eixos do trabalho do grupo Curumim, que é o reconhecimento do trabalho feminino, clássico ponto das agendas feministas.



Figura 10 -Dramatização

O outro tópico a ser encenado relacionava-se ao parto propriamente dito: cada grupo se ocupava de uma situação possível, desde um parto mais fácil até os mais difíceis: parto gemelar (*gêmeos*), eclâmpsia (*ataque*), distócia (*bebê atravessado*), cordão umbilical enrolado, placenta prévia, etc. Nesta atividade, as parteiras revelavam-se exímias atrizes, elas não só reiteravam os relatos escutados durante o curso, como dramatizavam as etapas do ritual: a identificação das dores de parto, o chamado do marido, a busca da parteira mais próxima, a retirada da família do local, a localização da parteira, o lenço a ser colocado na

cabeça quando da chegada desta à casa da parturiente, as rezas, as massagens, além do costume de recorrer a uma parteira mais experiente diante de um parto mais difícil e o assoprar em uma garrafa para *desocupar* (expulsar a placenta). Não faltou, também, o conhecido costume de desinfetar a tesoura com fogo ou álcool e, ainda, as manobras feitas diante da vinda de gêmeos, de um cordão umbilical enrolado ou de um bebê mal posicionado. As dramatizações foram momentos especiais no sentido de revelar informações que não apareciam nos depoimentos orais nem em outros momentos do curso, como por exemplo, o lugar da menina pequena que espia *curiosamente* o parto sem que os adultos percebam, e que vem ao encontro de relatos que falam das formas de aprendizado o ofício,<sup>394</sup> a presença dos maridos bêbados, expulsos da cena do parto em função de sua covardia, a concepção de que a mulher pode gritar para diminuir sua dor, o uso das queimadinhas<sup>395</sup> como forma de aliviar todos os envolvidos no parto- inclusive a parturiente.

Um turno foi dedicado à questão da contracepção e prevenção e à DST /AIDS, foi o momento em que as enfermeiras da equipe assumiram o trabalho. Tratava-se de uma aula expositiva, com diversos materiais exibidos e comentados pela enfermeira, relativos ao uso de vários tipos de preservativos, acompanhados das explicações. A vasectomia e ligaduras das trompas foi o assunto que suscitou maior interesse entre as parteiras, sendo alvo de várias perguntas e comentários: “Este é aquele que faz uma vez só e não precisa mais se preocupar”. O recurso da linguagem coloquial e o fazer chacotas envolvendo a sexualidade foram muito bem recebidos pelas parteiras, que não pareciam ter nenhum pudor em tecer comentários acerca do tamanho da camisinha preferida, ou ainda comentando *ser esta melhor parte do parto*. Nestas ocasiões, ficamos sabemos de alguns detalhes da vida amorosa e sexual de algumas mulheres – as mais extrovertidas – como o caso de Dona Rosa, que já tivera dois maridos, *estava no terceiro*, um menino a quem assistira o nascimento, hoje um rapaz com um quarto de sua idade e que ela confirmara ser um ótimo

---

<sup>394</sup> Em todas as dramatizações, uma das personagens era a de uma menina que, ao invés de obedecer às ordens de se afastar de casa, a ela retorna, ficando à espreita do que se passa no quarto: olha pela janela, espia pela porta, esconde-se embaixo da cama ou atrás de um móvel. Acredito que esta personagem corresponde à idéia de curiosidade daquelas meninas que vêm a manifestar sua vocação – diante da emergência de um parto, e que se relaciona a um não-dito de uma das formas de aprendizado das parteiras, o *aprendi sozinha*.

<sup>395</sup> Trata-se de uma bebida muito apreciada na região (inclusive pelas educadoras), considerada feminina, que é feita a partir da infusão de alguma erva em um pouco de cachaça, sob a qual se lança fogo, de modo a queimar um pouco do álcool e *reter* o sabor da erva.

parceiro sexual. Os parteiros também não eram poupados das chacotas de cunho sexual e participavam das brincadeiras.

A presença dos homens não impedia – parecia antes estimular os comentários sobre a quentura das mulheres, vasectomia e ou ligadura de trompas e manifestação dos seus desejos e fantasias, muitas destas similares às contadas fora do curso, no qual o assunto voltava à tona com bastante frequência. Dona Natália, muito participativa, comentava para o grupo, diante da fala de Priscila (enfermeira) acerca do direito ao desejo conquistado pelas mulheres: “Eu não que eu não tenho isso mais! Já tô velha, já esfriei já acabou! Agora, quando eu era nova eu era sadia, eh, eu trepava até nos pau!” .

Como sabemos, os discursos sobre a sexualidade em grupos populares obedece a uma dinâmica muito peculiar, o qual, se distancia do observado nas classes mais altas e está muito próxima do universo das profissionais de saúde, pelo trabalho que desenvolvem no sentido da orientação sexual, e mesmo, pelo *ethos* do grupo ao qual pertencem. A forma irreverente e descontraída com que as parteiras falam de sexualidade está em sintonia com um dos valores que é a chave do ideário da humanização, tema sempre presente nas reuniões e nas produções dos ativistas, creio que para as parteiras gestação e parto são também assuntos erotizados, ligados à vida sexual das mulheres e dos homens.

A propósito, Cristiane, que acompanhou um dos treinamentos na reserva de Mamirauá, em 2001, sublinha em seu relato os segredos e as histórias que as parteiras da região haviam contado as educadoras, chamando atenção para sua irreverência e para certa similaridade entre as nossas conversas sobre sexualidade e as daquelas parteiras.

As piadas e chacotas também davam o tom nas atividades de relaxamento – que eram feitas a cada encontro. A equipe preparava atividades de relaxamento, que evitasse prováveis dispersões e aliviassem o cansaço, após muitas horas de curso (em torno de 7 horas por dia) as parteiras comentavam que nunca haviam ficado tanto tempo sentadas. Assim, entre uma atividade e outra, eram feitas dinâmicas e técnicas bem conhecidas nos trabalhos populares, contando com pronta adesão e participação das parteiras. Também neste aspecto, as educadoras tinham larga experiência, revelando-se conhecedoras de inúmeras piadas, cantigas, rezas e orações. As invocações a santos e a Deus eram freqüentes tanto por parte das parteiras como das educadoras e, muitas vezes, após um depoimento ou atividade, alguém iniciava uma cantoria, uma reza ou contava uma anedota.

O clima amistoso, descontraído e a capacidade de improviso das educadoras – inclusive das neófitas naquele trabalho – permitiram que situações de catarse mais dramáticas fossem trabalhadas coletivamente, o que não deixava de estar de acordo com o que indicava o manual, quando sugeria “*exercitar a escuta*”, *ter criatividade e capacidade de lidar com situações emergenciais, ter cuidado com verdades absolutas.*”<sup>396</sup>

Foi o que aconteceu após uma dramatização sobre um parto difícil, durante a qual Dona Guilhermina não conseguia conter suas lágrimas. Rita, educadora sensível e experiente, ao final da atividade, perguntou-lhe se ela gostaria de falar o porquê havia chorado, e então, diante do olhar curioso e da escuta atenta de todo o grupo, ela pôs-se a narrar o que ocorrera. Seu relato era bastante dramático e retratava os limites das propostas de humanização, justificando as razões para tantas mulheres da região preferirem um parto feito em casa por uma parteira, a entregar-se a um serviço de saúde ineficiente, discriminador e violento – isto para não dizer, inexistente.

Relatos como o de Dona Guilhermina não eram isolados: vários deles brotavam espontaneamente nas conversas suscitadas durante a atividade de confecção de mapas dos vilarejos, nos quais eram localizados os meios de transporte e serviços de saúde disponíveis à gestante, em caso de necessidade de encaminhamento. Ali, não faltavam relatos de verdadeiros périplos em busca de transporte e peregrinações atrás de uma maternidade disposta a atender o caso. Segundo as parteiras, os problemas e rivalidades administrativas e políticas locais se misturam, fazendo com que os donos dos meios de transporte – em geral pessoas de maior poder econômico e ligadas às redes de clientelismo político – intervenham nas decisões relativas ao lugar mais adequado para levar os doentes ou parturientes, além do fato de, muitas vezes, o próprio hospital não dispor da equipe de saúde a postos, no momento em que deveriam estar de plantão.<sup>397</sup>

Relatos acerca da inoperância do serviço hospitalar da região são constantes, compondo um conjunto peculiar de narrativas, algumas dramáticas, outras reveladoras

---

<sup>396</sup> BRASIL. Ministério da Saúde/Curumim. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, 2000: 12.

<sup>397</sup> As disputas por moradores e por recém-nascidos é exemplar da bio-política local: é que os municípios recebem verbas, das mais diferentes rubricas, em função do número de habitantes que fazem parte de sua jurisdição, e este parece ser um dos motivos para que, muitas vezes, parturientes sejam levadas para hospitais de municípios mais distantes do seu próprio povoado.

também da insubordinação das parteiras, que, conforme reza o ofício, acompanham a mulher até o hospital:

Quando chegou lá dentro, no hospital, eu chamei a enfermeira e falei: ó essa mulher tá incomodada, tá com dor há dois dias, ela foi lá em casa pra mim fazer o parto dela e eu vi que não dava e vim trazer ela. Ela falou assim: "vem cá, entra aqui dentro", aí chamaram ela, ela entrou lá dentro, e quando veio de lá falou assim: "a senhora pode voltar com ela que ela não ganha neném hoje não. Ela não vai ganhar agora não, pode embora". Eu falei assim: não vou não! Pois eu sei que o menino dela tá atravessado, já tá com dois dias que ela sente dor, *como é que vai voltar pra casa?* (Dona Geralda, Grão-Mogol)

Insistências, negociações e certas desobediências são freqüentemente mencionadas pelas parteiras, que atuam como acompanhantes das mulheres que atendem. No entanto, relatos acerca do impedimento de sua entrada são recorrentes e reveladores da enorme distância do serviço de saúde das recomendações a respeito dos *direitos da parturiente de ser acompanhada por alguém de sua confiança*.<sup>398</sup> A partir dos relatos das parteiras sobre este aspecto, as educadoras sublinhavam que se tratava de um direito legal da parturiente e que elas poderiam apoiar-se nas leis para garantir sua presença ao lado da parturiente., já que os maridos não costumam participar do parto desta forma.

### **Transformações a partir do contato**

As *rehunidas* e feministas que se dispõem a atuar nos cursos o fazem imbuídas do espírito de treinamento/capacitação, que já é, na perspectiva do *método curumim*, uma visão diferenciada daqueles encontros meramente técnicos questionados por Brigitte Jordan, de pouca eficácia e quase nenhum diálogo. Mas, em que pese a estratégia participativa e aberta da metodologia, ela não pretende, a princípio, modificar as concepções científicas que orientam as teses de humanização. No entanto, os depoimentos das educadoras e as observações que fiz mostram que os cursos são muito mais do que isso, revelam o espanto e o impacto da realidade cultural das parteiras e de seus conhecimentos

---

<sup>398</sup> As recomendações da OMS são claras quanto a este direito, porém, não tem força de lei. As legislações estaduais sobre acompanhantes, são ainda incipientes, como veremos no capítulo VI.

sobre parto, particularmente os difíceis, vistos como demandantes de encaminhamento médico. Seus relatos apontam para um processo de transformação pessoal que ocorreu no contato com o contexto das parteiras. Ao mesmo tempo em que há um impacto relativo à precariedade das condições de vida, há um encantamento com o seu universo simbólico, como se pode ver em vários artigos e comentários sobre os cursos. O caso de Helena, uma das médicas que havia descoberto os cursos e, a partir de eventos da REHUNA, e, partir daí, estabelecido contato e se envolvido com os treinamentos, é revelador, embora com suas idiossincrasias óbvias – de que em muitos casos os cursos são momentos chave nos processos de conversão ao Parto Humanizado. Conforme mostramos no capítulo anterior, as narrativas que tratam das conversões sublinham não só mudanças na profissão, mas também na vida pessoal, a partir de alguma experiência específica ligada à assistência ao parto. O contato com o universo das parteiras parece ser outro ponto referido como *pontos de mutação* na sua vida, a partir de uma troca intensa de energia,<sup>399</sup> para usar termos da vertente alternativa.

As reflexões que a antropologia já vem trazendo sobre estes saberes têm se revelado muito profícua, permitindo que um apreço bastante genérico acerca dos índios e das culturas e povos não-ocidentais adquira maior profundidade e complexifique o repertório de saberes sobre o parto. Do ponto de vista dos movimentos sociais o programa goza de prestígio e têm animado uma crescente inquietante, que ultrapassa os treinamentos e constitui grupos e associações de parteiras.

Esta repercussão positiva no campo da REHUNA e dos movimentos sociais não é extensiva a toda a sociedade, tornando o programa vulnerável e dependente da boa vontade dos gestores locais. Mais do que isso, ele têm gerado significativas resistências por parte das corporações médicas. Talvez a própria timidez com que está sendo levado por parte das agências governamentais seja mesmo fruto destas resistências, tanto desse corporativismo médico quanto dos gestores de saúde, na medida em que o processo não apenas intervém em tal questão, mas também porque aciona representações hegemônicas em torno das

---

<sup>399</sup> O sentido de *energia* para a vertente alternativa é similar ao das neo-religiosidades do Sul do Brasil, uma espécie de moeda cultural do mundo alternativo. MALUF, op. cit.,p.482.

classes populares, das camponesas até as indígenas, definidas fundamentalmente pelas noções de *carência* e de *falta*.<sup>400</sup>

### **Refinando o debate**

Não pretendemos fazer uma análise taxativa dos Cursos de capacitação do Ministério da Saúde, nem mesmo daqueles em que o Curumim está envolvido. O ideal seria, para isso, acompanhar os trabalhos que vêm sendo feitos há vários anos, com maior continuidade e envolvimento dos órgãos governamentais, como é o caso da experiência do grupo junto a municípios do Pará, na Ilha de Marajó. Acompanhei apenas dois cursos, recolhi algumas narrativas, não tive um contato profundo e contínuo com as comunidades onde se encontravam as parteiras. Sequer pude conhecer os lugarejos onde essas viviam, já que os cursos ocorreram nas cidades maiores de cada região, contrariando minha intenção original de visitar as parteiras em suas casas.

Mesmo assim, creio ser possível ir refinando um debate que já foi colocado por antropólogas comprometidas com os trabalhos, como Ângela Mascelani, Marta Azevedo, Bete Mindlin, entre outras. Todas elas chamam atenção para a riqueza do universo simbólico das parteiras, sobre os quais ainda se conhece muito pouco.<sup>401</sup>

Com efeito, os dados etnográficos que coletei apontam para um universo simbólico muito mais rico do que o que pude acessar agora. Neste momento, a comparação acentuou os aspectos que aproximam as parteiras de Minas, do Norte e do Nordeste, mas, certamente, uma análise mais detalhada e aprofundada de cada universo permitiria também perceber as diferenças: por exemplo, na Região Amazônica os cursos para parteiras têm reunido mulheres de diferentes grupos indígenas e etnias, como foi observado pelas educadoras que atuaram na capacitação de parteiras feitas em Roraima, em julho de 2003. Dentro da perspectiva do próprio ideário, a qual valoriza *a arte de viver indígena*, seria extremamente

---

<sup>400</sup> As representações sobre classes populares e/ou trabalhadoras no Brasil estão impregnadas de negatividade, e, malgrado os avanços no campo das ciências sociais acerca desta concepção etnocêntrica, ela está muito presente no campo das ciências da saúde. Cf. SADER, E.; PAOLI, M.C.; TELLES, V.M. Sobre classes populares no pensamento sociológico brasileiro. In: CARDOSO, Ruth (Org) *A aventura...*

pertinente aprofundar esses estudos, mostrando a imensa complexidade e heterogeneidade interna à categoria excessivamente genérica – e, por vezes, romantizada – dos índios brasileiros.<sup>402</sup>

Os dados etnográficos trazem elementos importantes que indicavam estarmos diante de uma alteridade significativa. Sugerem, também aproximações com os contextos de outras regiões onde atuam parteiras, em função da intrínseca relação entre o ofício, em moldes tradicionais, e as áreas rurais, ainda que existam grandes diferenças entre estas regiões.

Gilberto Velho chama atenção para a necessidade de constatar uma diferença entre nós e outros, inclusive aquela autodesignada como tal: “É importante, no entanto, o antropólogo verificar como os próprios nativos percebem e definem tais domínios para não cairmos na armadilha muito comum de impormos nossas classificações a culturas cujos critérios e crenças possam ser inteiramente diferentes dos nossos ou que possam parecer muito semelhantes para diferirem radicalmente em outros.”<sup>403</sup>

Nos cursos, estas demarcações eram feitas o tempo todo por parte das educadoras e das parteiras. Estas, não cansavam de acentuar sua *campesinidade* (*nós, da roça*) em contraste com nossa urbanidade (*vocês, da cidade/ da Universidade, do Governo*). Enquanto *nós*, o grupo de educadoras/feministas também sublinhávamos tal alteridade: *Elas não existem! Elas são incríveis! Você viu o que elas fazem quando o bebê tá atravessado?*<sup>404</sup>

---

<sup>401</sup> Enquanto eu já estava a escrever esta tese, uma das curuminhas me escreve contando entusiasmada que está a iniciar uma pesquisa sobre as parteiras do *ponto de vista antropológico*, enfatizando o desafio que representa para ela esta perspectiva.

<sup>402</sup> Os trabalhos de Moysés e Claudio Paciornik sobre as reservas indígenas do Sul do Brasil são extremamente interessantes, mas os autores costumam dar margem a grandes generalizações acerca dos tupi-guarani, como se todos os índios partilhassem das mesmas tradições. Colocadas ao lado de uma grande linha evolutiva, uma espécie de história mundial das posições de parir (o foco dos autores é, sobretudo, a questão da posição) remete a uma descontextualização dos dados, e, por vezes, certo etnocentrismo relativo à questão da maternidade e da sexualidade.

<sup>403</sup> VELHO, G. *Individualismo* ... p.18

<sup>404</sup> Em função de minha ida com o grupo de educadoras, logo fui incluída como sendo uma das *coordenadoras* – na visão das parteiras. Mas também neste grupo eu não estava *em casa*: eu era *a antropóloga* e era do Sul. Em várias situações, ficava claro que havia outras diferenças que me afastavam de ambas as partes, e me colocavam como duas vezes, estranha: apesar das diferenças de classe, formação, profissão entre educadoras e parteiras, elas eram todas mineiras, e eu, do *sul*. Assim, aspectos como a religiosidade, as comidas apreciadas e inúmeras expressões coloquiais tornavam-nas, momentaneamente, representantes dessa identidade regional, tão diferente da minha nestes aspectos.

No entanto, a intenção dos cursos era *dialogar*. Ou melhor, os propósitos das educadoras começaram a ser, cada vez mais, a troca de experiências, já que a idéia original compartilhada pela equipe neófitas de Minas era participar de uma capacitação.

No início do curso, a idéia de *treinamento tradicional* já começava a declinar, e, qual não foi minha surpresa quando no último curso, depois de uma sucessão de cinco capacitações, as educadoras haviam assumido a dimensão da escuta e da troca, não apenas no discurso, como o que se segue, mas na prática cotidiana: “Nós também viemos aprender com vocês, muitas coisas que a gente não sabe mais, que nossas avós sabiam, porque os hospitais não estão dando conta de tratar bem as mulheres e os bebês que nascem. Nós também temos algumas coisas para ensinar para vocês, mas o que a humanização quer é que a gente aprenda umas com as outras.” (Betânia, socióloga).

Acentuando a dimensão da troca entre saberes, esta fala de Betânia parece sintetizar a concepção das educadoras que foi se estabelecendo ao longo dos cursos realizados naquele ano no primeiro curso, esta noção não circulava entre as educadoras. No entanto, no curso realizado no final do ano (que eu acompanhei), após uma sucessão de trabalhos com parteiras em outras cidades do Vale, a equipe havia construído esta concepção do trabalho, e eram perceptíveis na própria forma como o diálogo se estabelecia durante as atividades. O espanto e a emoção que predominaram no curso de Chapada do Norte parecem ter sido substituídos ou relativizados diante de um reconhecimento dos saberes das parteiras, sobretudo no que tange aos partos difíceis. A idéia de que estas parteiras poderiam incorporar o sistema de saúde, atendendo os partos fáceis – ou seja, atuando no nível primário da assistência – segundo as Recomendações da OMS, parece ter sido pelo menos colocada entre parênteses. Um dos pontos que observei sobretudo no derradeiro curso daquele ano de 2002, foi o fato de que, as parteiras diante dos comentários frequentes feitos ao longo das atividades pelas parteiras que assinalavam o saber das doutoras frente a sua ‘ignorância’, evidenciavam o fato de que todas elas estavam no curso para aprender, porém quem sabia fazer os partos eram elas.

Entre o primeiro curso e o último, percebi que as próprias educadoras já tinham modificado algumas das regras, estando mais permeáveis aos costumes das parteiras, como por exemplo: “Vocês podem usar este *trem* aqui (o pinard) para escutar os batimentos

cardíacos do bebê.... mas se escutam sem (caso da maioria), pode ser também (Helena, obstetra).”

Helena, que na primeira capacitação recomendava a ida ao hospital como panacéia para qualquer tipo de complicação, no derradeiro encontro daquele ano, dizia algo diferente – apoiada pelas demais educadoras: *a gente* <sup>405</sup> *faz tudo o que pode fazer, e quando não tem jeito mesmo, mas quando não tem mais jeito nenhum, nem massagem nem marido, nem chamadinho, nem oração, a gente leva a mulher para o hospital*, em uma posição bastante diferenciada daquelas que recomenda a OMS e que elas próprias haviam acentuado durante a leitura em conjunto, do livro.

Não sabemos, ainda, os resultados concretos e cotidianos destes cursos. A própria equipe, com quem mantive contato ao longo dos últimos meses, está em busca dos recursos para monitorar o trabalho iniciado e acompanhar de perto seus desdobramentos. Além disto, em que pesem os esforços, a um só tempo, profissionais e militantes das educadoras, houve neste íterim troca de governos(estadual e federal), o que fez com que, temporariamente, os trabalhos fossem suspensos.

De toda forma, penso que fica claro que os objetivos proclamados pela OMS e as recomendações que garantem a legitimidade do Programa, ao chegar nas aldeias concretas já está se transformado em outra coisa. Há uma *tradução* das recomendações gerais da OMS para a realidade nacional e, mais ainda, local, processo este que conta com a participação do grupo Curumim (que elaborou a proposta pedagógica a partir de sua experiência concreta em Pernambuco) e com as educadoras que assumem os cursos no plano local. Aqui, se vê que as possibilidades abertas pelo sistema de parceria, adotado nos últimos anos pela OMS em várias políticas de desenvolvimento, revelam sua faceta mais auspiciosa, de forma talvez similar àquela apontada por Cristiana Bastos relativa às políticas de controle da AIDS, citadas na Introdução.<sup>406</sup>

Além dessa primeira medição – realizada pelo grupo Curumim, há outros níveis de adequações, feitas pelas educadoras que atuam em cada curso. Não são pessoas desencarnadas que desenvolvem as capacitações: trata-se de mulheres de carne e osso, com suas trajetórias pessoais, formações particulares, idiossincrasias. Nestes caminhos

---

<sup>405</sup> Helena referia-se ao grupo de parteiras como se ela fizesse parte dele, na verdade, ela explicara para as parteiras que ela era uma *parteira da cidade* (obstetra) que fazia o mesmo que elas, só que no hospital.

<sup>406</sup> BASTOS, C. op.cit.

particulares, chama a atenção as origens rurais da maior parte das educadoras (todas tinham *um pé na roça*, como costumavam dizer), origens estas reavivadas a partir do próprio discurso da humanização no encontro com as parteiras e no processo de intercomunicação entre elas.

Sublinhei, aqui, os pontos em comum entre as narrativas de partos e informações sobre o evento, colocando Minas, Pará, Roraima, Pernambuco e Amapá quase que lado a lado, como se constituíssem um todo homogêneo e uma totalidade cultural. Mais do que isso, estabeleci vários paralelos entre estas realidades contemporâneas com os dados historiográficos das parteiras do Sul (SC), em um esforço comparativo que corre o risco de homogeneizar realidades certamente muito distintas, ainda que a condição de classe o fato que morassem em regiões ‘distantes’ seja um denominador comum. Mesmo no Vale, eram percebidas: diferenças religiosas, étnicas, geracionais: o catolicismo e a afro-descendência davam o tom das interações: não deixamos de registrar pequenas rugas entre as poucas evangélicas e as muitas católicas ou entre as parteiras mais velhas e as mais novas. As próprias educadoras, imbuídas de uma das recomendações do manual, procuravam driblar estas situações, dentro do propósito de *suavizar as diferenças culturais*,<sup>407</sup> que já haviam sido percebidas pelo Curumim em outras regiões.

Neste esforço de analisar o mundo das parteiras as tentações de pensar em seu contexto social como um mundo à parte, como uma cultura específica, era grande. Nas aulas e rodas de causos circulavam percepções distintas das habituais: sobre corpos que se abrem e se fecham, classificações relativas ao tipo de parto (enxuto/seco, molhado/d’água), o destino da placenta, os significados do cordão umbilical e mais uma infinidade de falas reveladoras de uma outra forma de conceber o corpo, o parto e o nascimento. Eram muitas e, não raro, surpreendentes as diferenças entre nossa concepção e a das parteiras que, por vezes,<sup>408</sup> poderiam justificar a concepção de pura autonomia quando, na realidade, elas próprias traziam elementos que apontavam para seu pertencimento e apreço à sociedade abrangente.

Em meio às narrativas fantásticas de Dona Maria, com seus cavalos, homens desconhecidos, tesouras e redes, eis que Dona Joana quebrava meu próprio encanto,

<sup>407</sup> BRASIL. Ministério da Saúde/Curumim. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Brasília, 2000. p. 21.

<sup>408</sup> Como a minha visão, inicialmente encantada – talvez mais que as demais educadoras – com aquela realidade que compunha meu imaginário *Central do Brasil*.

arrematando: “por isto é que eu resolvi ter o meu filho no hospital.” Entre as incríveis poções de cachaça e ervas e as corajosas massagens de Dona Conceição para resolver um parto difícil, as preces para dar uma *chamadinha no bebê*<sup>409</sup> e os instigantes fetiches masculinos, eis que surgia uma outra parteira a recomendar: “uma cibalena e uma injeção é bom também,” para casos assim.

Ângela Mascelani observou essas articulações entre as parteiras do Pará e a apropriação de elementos médicos, a partir da noção de bricolagem: “Cortei uma aspirina em cruz e deixei no sereno. No dia seguinte, fiz um chá de ervas e dei para a mulher misturando com a água que dormiu na noite. Não passou um dia inteiro e a mulher estava boa.”<sup>410</sup>

Sabemos, no entanto, que mesmo quando ocorrem apropriações de elementos de outro sistema de crenças, isto geralmente se dá em termos de sua resignificação dentro da lógica precedente, o que mantém a questão da autonomia do sistema simbólico em aberto. Ou seja, a apropriação de elementos (remédios, procedimentos) da biomedicina ocorre dentro de um sistema de valores que não é alterado, mostrando a capacidade de atualização das culturas e sua transformação, mas *em seus próprios termos*.

Diante de uma alteridade tão marcada quanto a que envolve o mundo das parteiras rurais, corre-se o risco de exagerar na concepção de uma autonomia cultural das culturas populares, que viesse a vê-las como repositórias de uma *cultura ancestral* ou autêntica numa perspectiva próxima do romantismo. Ou, ao contrário, vê-las como retrato em negativo ou pálido reflexo de uma cultura superior, da sociedade abrangente e dos grupos hegemônicos, como em geral elas ainda são vistas *pelo status quo* em nosso país.

Claude Grignon e Jean-Claude Passeron, por exemplo, chamam atenção para os riscos tanto do *miserabilismo* quanto do populismo, formas adversas de pensar o problema a partir da mesma dualidade fundamental: ora enaltecendo o popular, vendo nele uma autenticidade a ser resgatada,<sup>411</sup> ora desqualificando-o, como resquícios de um tempo passado menos evoluído do que os atuais:

<sup>409</sup> Diz-se, no Vale, que quando um bebê não quer nascer, é preciso dar uma “*chamadinha*”, através da intervenção da parteira”.

<sup>410</sup> MASCELANI, A In: MOULIN, N. op.cit., p. 121.

<sup>411</sup> Como uma espécie de parteira autêntica (*authentic midwifery*), segundo ODENT, M. *O Camponês e a parteira*. São Paulo: Ground, 2003. p. 16.

*Desde el momento en que se trata de describir sin prejuicios una cultura diferente es pues el relativismo cultural el primero que se presenta en la actualidad sus credenciales. Pero, las recomendaciones éticas y teóricas que puede dicho relativismo dispensar, en nombre de los servicios prestados a las culturas lejanas, no debe ahorrarnos el exactamente de los efectos que produce cuando se lo aplica sin más a las culturas que corresponden a grupos dominados integrados en el funcionamiento de un orden social.*<sup>412</sup>

Os autores questionam as ilusões de autonomia que uma cultura dominada pode sugerir, efeitos que em geral são produzidos pela existência de um universo simbólico coerente que se explicita quando revela os contrastes com as demais classes, mas que também está mesclada e situada em relação a esta. Se a dimensão simbólica também estabelece a condição de classe, certamente é porque há zonas de autonomia com coerência própria, que permitem que estas fronteiras sejam percebidas e vividas como tais pelos seus próprios atores.

As próprias informantes falavam, o tempo todo, de sua condição subalterna, ora chamando atenção para a miséria das mulheres atendidas por elas – *coitadinha, tão pobrezinha...(...)* “Não tinha nada, eu tive que levar panos, comida”, ora na forma claramente constrangida com que respondiam às perguntas relativas à renda familiar, à escolaridade e às benfeitorias domésticas no cadastro preenchido, sempre com auxílio das educadoras, no último dia.

Os cursos eram vistos como uma dádiva ofertada, pois, de outra maneira, teria sido impossível para estas mulheres abandonarem seus afazeres e se deslocarem em direção a algum centro urbano. Seu desejo de pertencimento ao mundo representado pela equipe, estava na ordem do dia: na alegria ao receberem o certificado de participação, na preocupação em usarem as camisetas com as inscrições do Ministério, no orgulho ao desfilarem com as educadoras pela cidade, no desejo de deixarem registros fotográficos e nas copiosas lágrimas que não cessavam de verter toda vez que alguém falava da importância do trabalho feito pelas parteiras. Não foram poucas as vezes em que, no meio de uma atividade qualquer, tomavam a palavra e falavam de sua gratidão pelo fato de terem sido convidadas a participar do curso, por *um dia alguém ter se lembrado de nós*. Por outro lado, em que pese o lugar tímido que o trabalho com parteiras tem no campo da REHUNA,

---

<sup>412</sup> GRIGNON, Claude; PASSERON, Jean Claude. *Lo culto y lo popular: miserabilismo y populismo en sociología y literatura*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1992. cap. 1, p.20.

as enfermeiras e médicas que trabalharam nos cursos como coordenadoras sentiam-se encorajadas a seguir a *luta pela humanização*, já que a *energia* das parteiras era vista como fonte de empoderamento pessoal.

Mais do que atender a uma provável demanda de *agradar as doutoras* e coordenadoras, que, por si só, já remeteria a essa condição, creio que havia ainda o desejo de adotar uma postura menos subalterna, menos dominada, diante de comunidades que – longe de serem culturas distantes – são, também elas, a encarnação da sociedade mais ampla. A afirmação de muitas parteiras de que queriam muito aprender os conteúdos do curso apontam para isso.

Um dos pontos que merece ser considerado refere-se ao processo de *empoderamento das parteiras*, visto como um dos objetivos dos cursos. Tal conceito têm sido empregado amplamente pelo feminismo brasileiro – e pelas estudiosas de gênero – nas últimas décadas, mas também em trabalhos identificados com educação popular e de base. Nos cursos de parteiras, era uma expressão utilizada pelas educadoras com certa freqüência: falava-se em *empoderar as parteiras*, ou mesmo em *apoderamento*, associando o conceito a este tipo de ação histórica do movimento feminista – que é de reconhecer e valorizar as atividades e trabalhos desempenhados por mulheres, como é o caso das parteiras. É o que declara Helena, com anuência das demais educadoras diante de minha pergunta, ao final do primeiro curso: “-Vocês acham que elas vão *mesmo* usar luvas, escovar as mãos e encaminhar as mulheres ao hospital? (Helena) - Ah, não, não vão não, elas que vão continuar fazendo como faziam antes, mas aconteceu algo muito importante: agora elas se *empoderaram!*”

Essa noção faz sentido à luz dos propósitos do curso, a idéia de reforçar a autoestima das mulheres e valorizar as tarefas e trabalhos feitos por elas, no caso, pelas parteiras. Aqui, a noção de empoderamento envolve a um só tempo o sentido feminista e o sentido popular, remetendo, portanto, às dimensões de classe e de gênero que se articulam na figura das parteiras pobres da região.

No entanto, atingir os resultados dos cursos nesse sentido (reconhecimento, integração, remuneração) não é a única preocupação das *curuminhas* e demais grupos envolvidos com o Programa. Várias reflexões vêm sendo feitas, em geral com a assessoria de antropólogas, que chamam a atenção para os dilemas encontrados, entre eles, o

questionamento do processo educativo no que ele pode significar em termos de medicalização das práticas e abandono de conhecimentos tradicionais. Em várias oportunidades, as educadoras referem-se a este aspecto envolvendo outras culturas: por exemplo, num texto elaborado por ativistas e pesquisadoras ligadas à equipe do Curumim, as autoras sublinham a tensão entre o respeito aos valores culturais das parteiras e dos grupos nos quais atuam e aqueles propostos pelos treinamentos, atribuindo às parteiras um papel central nas culturas onde praticam seu ofício, apontando para o desafio de seu trabalho: “A parteira tradicional é uma transmissora de valores relativos à sexualidade e reprodução, portanto, toda e qualquer abordagem de treinamento não pode ter um caráter puramente técnico.(...) Uma abordagem de treinamento meramente técnica e substitutiva pode caracterizar *uma ameaça a esta identidade.*”

Trata-se de uma questão bastante pertinente, conforme vimos no início desse capítulo, a partir das indagações de Jordan, em outro contexto. Lá, a antropóloga questionava a própria eficácia dos cursos, uma vez que não se estabelecia um verdadeiro diálogo entre educadores e parteiras. Aqui, tal questão permanece, mas se complexifica: uma vez eficazes, os treinamentos não viriam a modificar radicalmente as concepções nativas de sexualidade e reprodução, ameaçando as identidades ou colocando-as em risco?

A questão da perda de identidade cultural ou das formas tradicionais de parir e de partejar é referida também por Robbie Davis- Floyd, a partir do caso dos *inuit*, anteriormente referido:

Com esse grupo humano aconteceu um fato digno de nota: eles mandavam as mulheres para o hospital, *no sul do Canadá*, três semanas antes do parto, porque levava tanto tempo para chegarem a um hospital, e as condições eram tão ruins (gelo, temperatura, neve, etc..) que era melhor levar antes. *Esta é uma comunidade que estava perdendo a sua identidade, por mandarem suas mulheres parirem fora de suas terras. É preciso nascer na própria terra para pertencer a ela.* Então, construíram o seu próprio hospital, treinaram parteiras em forma de entrada direta, por parte de uma parteira profissional dos Estados Unidos, e uma parteira que trabalhava em casa, porque não existem hospitais, há hospitais, mas não podem nascer de cesáreas aí. Então, tomaram uma decisão para a sua comunidade: assumir o risco de que algumas mulheres pudessem morrer de parto. *E preferiram esse risco ao risco de perder a sua identidade cultural.*<sup>413</sup> (grifos meus)

---

<sup>413</sup> Cf. DAVIS-FLOYD, R. Humanização... p.105.

As duas citações acima identificam essa *perda cultural*, apontando para uma grande capacidade do sistema biomédico e da cultura urbana de se imporem e transformarem tudo a sua imagem e semelhança. Mas, além disso, Davis-Floyd aponta para uma importante

discussão, levantada pelos pesquisadores que estiveram junto dos *innuit*, que é a relação entre parto e parentesco, e que justificaria o peso que as reformas no parto poderiam ter no conjunto daquele universo simbólico e no processo de mudança cultural, seu ponto central. Tal observação foi feita pela pesquisadora S. D'Anglure, entre os *innuit*, no Canadá, grupo no qual as parteiras tinham um papel importante no sistema de parentesco, espécie de mãe cultural. Os dados obtidos pelas parteiras de Minas apontam para uma associação entre parteira e a figura materna, no entanto, não aprofundaremos esta questão agora.<sup>414</sup>

Considerando os materiais coletados, creio ser possível pensar nessas perdas como mudanças, no entanto, estas não se restringem ao evento do parto, mas que afetam o social também, pois, aos poucos, e, fragmentariamente, estão sendo generalizadas a estes grupos – como urbanização, assalariamento, perda de terras, escolarização, avanço de epidemias, entre outras.

Existem nesta região relatos de mulheres adeptas da medicalização e até mesmo do ideário do casal grávido e, invariavelmente, são sempre aquelas que têm maior acesso às instituições de socialização modernas, vinculadas às agências estatais ou mesmo religiosas, como pastorais, programas de agentes comunitários e escola. Se há mudanças, elas dependem antes de todo um contexto mais geral de integração à sociedade abrangente; no entanto, se pensamos o parto e o nascimento como parte crucial do parentesco, teríamos aí um dos pontos-chaves desse universo simbólico. Trata-se de uma questão extremamente instigante para futuras pesquisas.

Ao mesmo tempo, o fato de muitas parteiras adotarem alguns procedimentos da medicina, isto não significa que perderam sua identidade, mas que – enquanto culturas populares dentro de uma sociedade de classes – buscam uma posição menos subalterna.

Assim, talvez, do ponto de vista das nativas, não houvesse perdas, mas, antes, ganhos, já que elas acessam a *alguns* dos benefícios oferecidos pela sociedade envolvente, sem abrir mão das apropriações que fazem em seus próprios termos – daquilo que consideram ser mais adequado. No entanto, cabe lembrar que os cursos de capacitação de parteiras – que

---

<sup>414</sup> Como diz Dona Eva: “ E todos me chamam de mãe. Tudo dá a benção. Tem filho meu de leite que mora longe! Quem ajuda a pôr no mundo e dá de mamar é mãe também. Mãe de leite e mãe de vida.”(D. Eva, Botumirm)

visam integrá-las ao sistema de saúde no que se refere ao nível primário de assistência – nem sempre são acompanhados de modificações no serviço de saúde oficial, o que revela os limites do programa de humanização quando não é acompanhado da expansão dos serviços de saúde de forma equitativa a todas as populações.

Por outro lado, considerando que uma das motivações que leva feministas e *rehunidas* a se interessarem pelos cursos é o lugar da parteira como um exemplo de assistência holística, é notável que o processo de intercomunicação gerado por esta capacitação leve a mudanças no olhar sobre suas próprias práticas profissionais e a conversão ao Movimento, no caso daquelas que não eram ainda vinculadas de forma mais efetiva a este: “Treinar parteiras é mais que levar informações técnicas que possam ajudá-las nas suas tarefas. É entrar em contato com um mundo sacralizado, onde o ritual e a prece aparecem como pontos fundamentais para o bom desfecho de um parto. As parteiras são movidas pelo seu amor, sua solidariedade e arbitrariedade para proteger a cuidar de mulheres e crianças, assim como da floresta.”<sup>415</sup>

Aqui, além de sublinhar a dimensão espiritual do ofício, os autores associam as parteiras a personagens da floresta – vale dizer, dentro da noção de *povos da floresta*, constitutiva da identidade do movimento ambientalista na Amazônia, articulado com os movimento indígena, de camponeses e de seringueiros.

Os relatos, orais e escritos, das *rehunidas* o processo de encantamento com o universo das parteiras. Neste caso, no âmbito das ações predominantemente urbanas levadas a cabo pela REHUNA, as parteiras são vistas como personagens míticas ou mesmo folclóricas, em uma perspectiva neo-romântica, as feministas/ *rehunidas* nos trabalhos de capacitação deparam-se com a complexidade, heterogeneidade e riqueza simbólica deste universo, contrastante com as precárias condições de vida, em virtude do baixo poder aquisitivo predominante nas regiões onde vivem. Ao mesmo tempo, suas práticas são interpretadas como holísticas e religiosas, valores que a vertente alternativa aprecia e enaltece. Chama atenção o fato de que, enquanto no ambiente hospitalar, um grupo considerável de profissionais, com anos de formação em áreas distintas, é chamado para

---

<sup>415</sup> CARNEIRO, L.; VILELA, M.E. Parteiras da Floresta. In: JUC Á,L; MOULIN,N op.cit. As autoras foram capacitadoras de parteiras no Amapá, e são as principais ativistas do grupo Ceres, de Goiás, grupo fundador da REHUNA e uma das referências principais ao lado do Instituto Aurora, da vertente esotérica.

dividir as tarefas do parto, muitas parteiras, sem formação profissional atuam como se fossem de médicas de várias especialidades: são, a um só tempo, obstetras, psicólogas, auxiliares de enfermagem, cozinheiras, lavadeiras, doulas, pediatras e madrinhas.

Personagens heróicas, guardiãs de conhecimentos milenares, detentoras de segredos de mulheres, imbuídas de *intuição, solidariedade, sensibilidade e humanidade*, as parteiras têm suscitado questionamentos no campo desta vertente, como se vê a seguir: “O que faz uma mulher tornar-se parteira? Os clamores do sofrimento feminino que tocam esta mulher? Seria uma ligação autêntica e profunda com a humanidade? Seria a manifestação da conexão entre a divindade a sua feminilidade?”<sup>416</sup>

Diante da complexidade e da riqueza dos dados que as narrativas das parteiras sugerem, coloca-se como desafiadora a realização de pesquisas antropológicas, como as que já vêm sendo feitas junto aos próprios cursos, que certamente contribuirão para a aprofundar os conhecimentos da complexidade destas práticas bastante amplas e sofisticadas e de suas formas de articulação com a própria modernidade, dentro do lugar duplamente subalterno que lhes é destinado, já que se tratam de mulheres pobres.

A participação de antropólogas junto ao Programa *Trabalhando com Parteiras Tradicionais* sugere que o encantamento com a alteridade representada pelas parteiras vem se traduzindo na busca de conhecimento antropológico, pelo menos para as feministas que atuam nestes setores.

---

<sup>416</sup> Ibid p.80.

## CAPÍTULO VI

### Etnografia de uma maternidade

Este capítulo trata da assistência ao parto na Maternidade do HU da Universidade Federal de Santa Catarina, identificada como uma experiência humanizada, tanto pelo Ministério da saúde, que já lhe conferiu prêmios, quanto pela REHUNA. Trata-se, portanto, de uma instituição que *não é exemplar* da assistência pública no Brasil, no entanto, pode ser considerado um espaço onde as propostas de humanização se fazem presentes desde sua fundação, inclusive através de *rehunidos* e *rehunidas* que participaram de sua criação e trabalham nela atualmente.

Como instituição escolar que é – de formação de médicos mas também de formação de mães e de famílias<sup>417</sup> – a clínica médica é uma estrutura *pesada* da sociedade moderna, na qual se opera todo o tempo com um determinado modelo de ser mãe. Seria, então, o hospital um lugar adequado para humanizar a assistência? As mudanças de procedimentos, rotinas e representações acerca do corpo feminino, no sentido de considerá-lo capaz, por natureza, de dar à luz de maneiras menos violentas e mais humanas, serão suficientes para modificar as representações de maternidade que se celebram na instituição? Quais os limites das ações humanizadoras numa estrutura crucial do bio-poder, como é o hospital?

A Maternidade parece ser a condensação de uma totalidade dinâmica num pequeno lugar, a aldeia na qual os antropólogos buscam elementos para suas pesquisas. Cristiana Bastos, antropóloga que se dedicou ao estudo da incidência de AIDS no Brasil, fez de um hospital universitário o ponto etnográfico de sua pesquisa, descrevendo-o como um fragmento emblemático de um complexo contexto. O referido hospital é, para ela:

O lugar onde tudo se joga e onde podemos encontrar material empírico através do qual se decifram relações sociais mais amplas, de alcance mais vasto e potencial teórico significativo. Ali estavam os clínicos, os especialistas em DIP, os doentes, os profissionais de especialidades de saúde, os aparelhos, os fundos de pesquisa, as decisões, as escolhas, as

---

<sup>417</sup> Não consegui historicizar a origem do termo Maternidade, mas ele é por demais sugestivo: indicando de um lado o ritual de passagem (entra-se grávida, sai-se mãe) e de outro, o seu caráter pedagógico: onde, na condição de mamífera, mas ao contrário das demais mamíferas – precisa-se *aprender a ser mãe*.

exclusões, as diretivas políticas e o saber que todos os dias se transformava.<sup>418</sup>

Se nesta pesquisa outros pontos etnográficos foram importantes, a Maternidade do HU certamente foi que teve um efeito mais impactante, confirmando-se a intuição da mencionada antropóloga quanto à participação dos hospitais universitários, quando se trata de pensar os dilemas do parto hospitalar na contemporaneidade. Esta escolha revelou-se oportuna em função do hospital ser como um *complexo tabuleiro onde tudo se joga*, daí a direta inspiração desta autora para pensar os dilemas do parto hospitalar na contemporaneidade.

Não que não existam outras instituições similares ou, talvez, mais interessantes, como parece ser o caso da pioneira Maternidade Leila Diniz, situada numa zona marcada pela violência no Grande Rio, e na qual a possibilidade do acompanhante estar armado ou uma gestante ser atingida por uma bala perdida não seria exagero nem mesmo fruto de preconceito.

No Mapa da Humanização Institucional (ANEXO 1)<sup>419</sup> encontram-se algumas iniciativas em hospitais universitários e/ou públicos, de certa forma similares à Leila Diniz: CISAM em Recife, HU de Montes Claros, Sofia Feldman em Belo Horizonte, Itapecerica da Serra(SP), o que corrobora os resultados que os ativistas do movimento vem conquistando nos locais nos quais atuam profissionalmente. Nesses hospitais, estão envolvidos vários *rehunidos*, atuando de forma mais isolada uns, outros de forma coletiva e, como o caso do HU- SC, sendo reconhecidos enquanto humanizados.

Nos corredores desta Maternidade via-se a atriz Glória Pires, amamentando sorridente seu filho em um cartaz do Ministério da Saúde, um quadro com diferentes posições para parir, assinado pela JICA,<sup>420</sup> podia-se escutar narrativas de partos como as de Kátia, que aconselhava a cunhada mais velha e mais experiente a escolher o parto vertical. Ali estava a memória reavivada de Dona Olindina, diante do parto de cócoras escolhido por sua filha, subitamente orgulhosa de seus muitos partos em casa; também podia-se ouvir os gritos de uma *descompensada* Luisa, diante das temíveis contrações, associados sempre aos momentos de dor que tanto temor causam nas *mães de primeira viagem*. Também ali estava

---

<sup>418</sup> BASTOS, C. *Ciência, poder, ação. as repostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002, p.5.

<sup>419</sup> O Mapa indica algumas das experiências institucionais reconhecidas pelo movimento.

a famosa bola de parto, mencionada em vários livros, e a cadeirinha de balanço, reconhecidas como *tecnologias doces* para humanizar o parto, igual a que eu tinha visto na *Maternité de Lilas*, em Paris e nos *slides* apresentados por Joan, parteira hippie norte-americana, no Congresso de Fortaleza. Ali estava também um prosaico *puf* marron, dando ares de lar ao centro obstétrico, utilizado para a reversão de um bebê mal posicionado, posição recomendada por Flavinho, parteiro experiente, técnica bem conhecida das parteiras do Jequitinhonha e reconhecida cientificamente por pesquisadores canadenses em estudo multicêntrico *sobre los efectos de una parturienta andar en cuatro patas*”, conforme nos conta a companheira argentina Monica em sua visita ao HU.

No vasto mundo simbólico do Centro Obstétrico, as personagens eram também variadas: ali circulavam as primeiras alunas do pioneiro curso de Enfermagem obstétrica da UFSC, animadas com as novas possibilidades de trabalho e de prestígio que vinham se abrindo, casais como Evandro e Márcia, empenhados em cumprir bem o dever cívico de uma gravidez conjunta, a batalhadora Zeila, coordenadora do Curso de Gestantes, ciceroneando seu grupo de gestantes pelo CO, alguns doutorandos interessados em “mudar as práticas ultrapassadas” e não raro, a generosa troca de informações, textos e livros sobre parto natural entre os quais, Leboyer. Lá estava também uma “delegação personalizada do movimento nacional”, na figura carismática de Renato, com seu inseparável *notebook*, repleto de dados epidemiológicos e indecifráveis gráficos - segredos e mistérios da humanização no Brasil e no mundo. Foi possível contatar com Flávia e Susane, estudantes de enfermagem e alunas de Isadora - em seu momento de pré-conversão à humanização, as quais relataram animadamente a visita à casa de partos do Dr. Paciornik em Curitiba onde descobriram a *incrível sabedoria das índias*, e também com Cláudia, aspirante à psicóloga que prontamente emprestou-me textos sobre o papel das *doulas*<sup>421</sup> no parto. Posteriormente encontrei referências ao assunto na biblioteca de Isadora, fundadora da Rede e professora responsável pelo trabalho de estágio no HU.

---

<sup>420</sup> A JICA durante os anos de 1996-2000, atuou no Ceará, onde apoiou uma série de iniciativas de humanização da assistência, no Projeto Luz, incluindo a organização da Conferência Internacional.

<sup>421</sup> Em alguns hospitais, existem programas desenvolvidos com mulheres da comunidade vizinhas neste trabalho, como em Minas Gerais (Hospital Sofia Feldman, em BH) e HU-Montes Claros, no RJ (Leila Diniz) e Santa Marcelina (SP) e no movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo. No HU quem desenvolve este trabalho em geral são estudantes de psicologia, que aliam as observações de seu estágio sobre parto com este papel, ou pesquisadores, que, como eu própria.

No Centro Obstétrico desse hospital tive a oportunidade de conhecer Marta, uma mulher do povo, ‘*cheia de problemas em casa*’- segundo depoimento de uma enfermeira que estudava, naquela ocasião, a saúde dos trabalhadores do HU. Marta era reconhecida como uma das mais prestativas e bem-humoradas auxiliares da unidade; além disso, era grande conhecedora das brechas da disciplina hospitalar para empreender pequenas clandestinidades que livravam as parturientes de sofrimentos desnecessários. Sua solidariedade com a angústia das mulheres pobres contrastava com a rispidez e com os maus-tratos a que assisti, imaginando tratar-se de uma exceção, proferidos por Shirlei – obstetra recém-formada – à Miriam, grávida de seu primeiro filho e recém-chegada na capital em busca de casa e trabalho, exatamente no Dia Internacional da Mulher. Isto ocorreu enquanto na TV se faziam homenagens e celebravam-se mulheres e mães. Para minha surpresa, no entanto, ao retornar à Maternidade no dia seguinte, constatei que a suposta vítima dos maus tratos encontrava-se radiante e satisfeita amamentando seu bebê, até mesmo elogiando o bom atendimento recebido no hospital. O fato faz pensar sobre diferentes expectativas das mulheres quanto ao parto hospitalar e nos descompassos entre nossos pontos de vista e o ponto de vista das usuárias.

De modo geral, ficara claro que a Maternidade do HU era também uma espécie de ponto obrigatório de visita dos ativistas da humanização, tanto que os *rehunidos* tinham o costume de incluí-la no roteiro turístico da Ilha. Ela foi visitada por Robbie Davis Floyd, acompanhada de Gustavo, da REHUNA, por ocasião de uma das conferências internacionais realizadas em Florianópolis, ocasião na qual foi recepcionada por duas enfermeiras obstétricas, registrada em foto e com autógrafos; seguiu sendo palco de palestrantes *rehunidos* do eixo Rio - São Paulo, mantendo a tradição da Rede em estabelecer trocas no âmbito profissional e acadêmico.

Além disso, essa Maternidade tem sido citada como experiência bem-sucedida de humanização, pois obtive reconhecimento do movimento e da rede, mas, também, de sociedades científicas como as de medicina e enfermagem, o que reforça seu lugar no cenário da humanização do parto para-além de critérios internos à Rede. Em 2001, foi agraciada com o Prêmio Galba Araújo, conferido pelo Ministério da Saúde às maternidades que atendem os quesitos do ideário da humanização. Embora tal prêmio não tenha o apelo internacional e oficial do título de *Maternidade Segura*, que vem sendo

pleiteado, sua conquista representava maior legitimidade aos trabalhos de humanização, traduzida não só em reconhecimento como em recursos financeiros, para melhoria do Centro Obstétrico, atendendo assim a uma estratégia visada não só da Rehuna como do Ministério da Saúde e da OMS: a dos prêmios e títulos aos hospitais exemplares.<sup>422</sup>

Desde 1997, esta maternidade ostenta o Título IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança), em função da centralidade da amamentação ao peito e do vínculo mãe-bebê na Maternidade, além de ser reconhecida como uma das mais antigas e bem-sucedidas experiências que utilizam o Método Mamãe Canguru no país. Este método foi criado na Colômbia, a partir da observação feita nos marsupiais, cuja fêmea tem o hábito de manter o bebê recém-nascido próximo de si, garantindo seu bom- desenvolvimento. Tal método passou a ser utilizado entre bebês prematuros, implicando uma permanência dos mesmos algumas horas por dia junto ao corpo da mãe ou do pai, alternado com o período nas incubadoras.<sup>423</sup> Em 2000, o Ministério da Saúde brasileiro tem recomendado sua aplicação nas unidades do SUS, e as experiências identificadas geralmente são integradas com este programa.

Entretanto, neste laboratório da humanização nem tudo são flores: o mesmo HU é o espaço de memórias amargas e tristes lembranças, como as que relatou Cibele, acerca de seu auto-referido fracasso, lembrado anos depois, como também é um lugar onde Flavinho, médico-parteiro experiente e reconhecido do mundo alternativo, era ‘barrado e mal-falado’ quando trazia parturientes em situação de risco. Ali também Maria, 43 anos, negra, pobre e moradora da favela vizinha, perdeu o décimo filho e a própria vida na hora do parto, alimentando com seu trágico destino os dados de mortalidade materna do país e nos lembrando que nem mesmo um bom atendimento hospitalar pode evitar mortes relacionadas a trajetórias de miséria e violência. Ali se ouve falar das frustrações de uma

---

<sup>422</sup> O Prêmio Galba Araújo foi criado em 1998 e teve a participação ativa da Rehuna, que conta com um representante na Comissão Julgadora. Um dos critérios a mais do que os da Maternidade Segura é a valorização do parto vertical (e não apenas normal ou vaginal) que é exigido pela Maternidade Segura. Em 2001, ano em que recebeu o prêmio Galba Araújo, a média de partos verticais (em cadeira de cócoras) atingiu 50%.

<sup>423</sup> Segundo os estudos sobre a experiência do método, seus benefícios são: redução da morbidade e do período de internação dos bebês, e melhoria na incidência e duração da amamentação e no senso de competências dos pais. Cf. TOMA, Tereza Setsuko: Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (Supl.2) p.233-242, 2003.

amamentação mal-sucedida, do sentimento de derrota diante de uma cesárea imprevista, do cansaço dos auxiliares, que transitam de um plantão a outro sem tempo de passar em casa nem para dormir, dos pequenos conflitos entre médicos e enfermeiras e da displicência de muitos médicos frente ao desespero de Denise, sentindo-se incapaz de suportar a dor e clamando por uma cesariana a *qualquer custo*. Das lágrimas de Luísa, que, constrangida e secretamente, vive a dor de uma curetagem solitária, ao lado de Camila, que dá sua primeira mamada à Maíra acompanhada de um pai orgulhoso. Aqui também se pode ver, em alguns momentos tristes (o paradoxo daquilo que se chamamos *natureza*), que faz com que uma mulher dê à luz- com contrações, dores e puxos, a um *FM*, eufemismo para o impronunciável termo feto morto; ou ainda a aparente contradição de médicas como Alessandra e Adriana, investidas do poder do diploma, também difícil e recentemente conquistado,<sup>424</sup> fazem uso dele para desqualificar e calar violentamente parturientes em dor, colocando por terra qualquer hipótese de *sororidade*, ou seja, de uma aproximação entre mulheres identificadas pelo gênero.<sup>425</sup>

Este foi o local no qual fiz as observações: uma instituição inscrita na longa duração da assistência hegemônica, seja ela chamada de tecnocrática, patriarcal, misógena ou higienista. O foco da observação foi particularmente o Centro Obstétrico, mas estas também ocorreram nos corredores, no Alojamento Conjunto e na Sala de Triage. Procurei acompanhar horários e plantões diversos, buscando observar diferentes profissionais do serviço em períodos (noturno e diurno), em dias de semana e finais de semana e feriados, embora não tenha tido sucesso total nesta estratégia, já que ocorrem várias trocas de plantões<sup>426</sup> sendo que os nomes que constam no cronograma mensal, afixado no mural, nem sempre correspondesse, na prática, às pessoas que, efetivamente, estão trabalhando naquela ocasião. Assim, há profissionais mais observados do que outros que encontrei uma ou duas vezes apenas, e este viés certamente se faz sentir na análise.

---

<sup>424</sup> Referimos-nos aqui à recente e crescente inserção de mulheres na medicina e as dificuldades que as mulheres tem tido em obter reconhecimento nesta- como em outras- profissões tradicionalmente masculinas.

<sup>425</sup> O fato de haver uma feminização da medicina, ou seja, uma entrada maior de mulheres médicas na profissão poderia ser visto como uma modificação no tipo de atendimento ou relação com os/as pacientes; no entanto, o que se observou aqui é que não há relação entre quem ocupa o lugar do médico, sugerindo que a profissão, historicamente constituída e estruturada em trono do gênero masculino, constituiu um habitus específico que não é modificado a partir dos sujeitos que o ocupam, pelo menos não de forma direta, automática ou essencialista.

<sup>426</sup> É comum haver trocas de plantões entre os médicos e funcionários, mas estas se dão a nível informal e não constam do cronograma oficial, ao qual tive acesso.

Neste trabalho, houve a priorização do Centro Obstétrico e as observações feitas no Alojamento Conjunto<sup>427</sup> foram secundárias em relação às aquelas do processo do parto. Naquela ocasião, eu trabalhava dentro das normas da Resolução 196/1996, tendo o compromisso de apresentar inicialmente a solicitação de Consentimento Informado.

*Imagine-se o leitor* munido de prancheta, caneta e um ofício formal solicitando que fosse lido e assinado por mulheres em trabalho de parto – entre respirações *cachorrinho*, gemidos, massagens, caminhadas, dores e mesmo gritos, situações que me fizeram criar que alternativas que garantissem a ética da pesquisa, mas sem colocar em risco o fundamento do *métier*, que é a busca de compreender o fluxo da vida cotidiana em sua espontaneidade.

Assim, diante das primeiras tentativas de me apresentar à parturiente com papel e caneta na mão, acabei adaptando este procedimento ao que julguei mais adequado à prática etnográfica: ao invés de me apresentar com o Consentimento Informado, eu entrava no setor de Pré-parto, estabelecia uma relação com a parturiente, e explicava-lhe oralmente quem eu era e o que viera fazer ali; assim, de forma oral, eu obtinha permissão para que assistisse seu processo de parto. Diante de uma quase total unanimidade de “*sim, claro, “fique à vontade, “posso te ajudar”*”, eu passava a atuar dentro dos parâmetros antropológicos, entregando-me à observação participante – às vezes *bem* participante, diga-se de passagem. Após dois ou três dias, eu retomava o contato com a parturiente, já no Alojamento Conjunto da Maternidade, tendo deixado passar os primeiros momentos do pós-parto e a recuperação para completar minhas observações.<sup>428</sup> Nesta ocasião, com bastante calma, eu solicitava o Consentimento Informado por escrito, muitas vezes lendo-o junto com ela, obtendo então sua assinatura. Esta ocasião acabou servindo como parte do trabalho de campo, pois pude observar o cotidiano do Alojamento Conjunto, sua sociabilidade, as relações entre a equipe, os acompanhantes. Poderia mesmo dizer que atendi de forma correta a Resolução 196, mas sobretudo, segui os ditames da formação em antropologia e seu código específico. Transformei, assim, o Consentimento Informado em

---

<sup>427</sup> Alojamento Conjunto (*Rooming-in*) foi o termo usado pela primeira vez pelo americano Arnold Gessel, em 1943 e foi adotado como diretriz pelo Ministério da Saúde em 1997. É um dos critérios chave para obtenção do título (mundial) de Hospital Amigo da Criança, e seu cerne é a viabilização do vínculo mãe- filho, incluindo a amamentação. Cf. MONTICELLI, Marisa. Op.cit.*Aproximações...*

<sup>428</sup> Alguns estudos sugerem um tempo após o parto- um evento capaz de alterar a consciência- para realizar qualquer tipo de pesquisa, como aquelas que tratam do grau de satisfação relativo à assistência. Cf. DOMINGUES, Rosa Maria. A presença de acompanhante no parto. In: *Interfaces. Gênero, saúde reprodutiva e sexualidade*, Campinas, NEPO/IMS, Editora da Unicamp, 2002.

um *consentimento da informante*, em duas versões – uma, oral e outra, escrita – e consegui realizar sem constrangimentos minha pesquisa. Houve uma exceção no que tange ao consentimento: uma parturiente que não quis assinar o Consentimento, e assim desconsiderei o seu caso específico. No entanto, a situação em que ela estava envolvida certamente fez parte da minha percepção mais geral sobre a Maternidade. Na verdade, este caso foi decisivo na análise: as reações e os debates suscitados entre a equipe acerca do significados da humanização e do direito de escolha trouxeram inquietações teóricas decisivas para a análise, ainda que a informante tenha sido devidamente desconsiderada na amostra feita.<sup>429</sup>

Cabe registrar que não solicitei aos médicos, enfermeiras, auxiliares, doutorandos e faxineiras, nenhum tipo de consentimento por escrito para realizar a entrevista: na verdade, como a idéia original era analisar as representações das usuárias, o encaminhamento ao Comitê de Ética se deu nestes termos, e somente depois de dois dias em campo é que remodelei a perspectiva, percebendo a impossibilidade de uma observação que não considerasse a equipe de saúde, já que eram muito importantes as interações entre os envolvidos nos processos de parto.

Deve ser sublinhado, mais uma vez, o fato de que a realidade da Maternidade do HU está longe de ser exemplar do atendimento materno-infantil na rede pública do país – seja nas regiões “longínquas” e pobres do interior do país, seja nos grandes centros urbanos.<sup>430</sup> No âmbito da saúde pública, a assistência ao parto é precária e insuficiente, muitas vezes podendo ser enquadrada como forma de violação aos direitos humanos (sexuais e reprodutivos). As deficiências passam pela falta de leitos, gerador da famosa peregrinação das parturientes, até a mais completa falta de informação às mulheres acerca dos procedimentos utilizados, bem como os maus tratos e agressões verbais até mesmo corporais. Esta maternidade é uma exceção no contexto da atenção ao parto, mesmo que em Florianópolis os problemas de leito, por exemplo, não sejam tão graves quanto em outros centros. Este diferencial é reconhecido pela sociedade local (Florianópolis e suas

---

<sup>429</sup> Este é um ponto chave da discussão, pois coloca em cheque a os limites do CI diante da experiência inesquecível de toda a situação observada, cujo impacto que não desaparece da cabeça do antropólogo, mesmo que ele exclua diretamente uma situação específica.

<sup>430</sup> Cf. DINIZ, C.S. OP. cit. *Entre a técnica e...* Os estudos de SCAVONE, L. e SEABRA, M. apontam para a mesma situação, no Norte do país.

imediações), que considera a Maternidade do HU uma instituição que oferece *bom atendimento* e, quase sempre, é a primeira na lista de escolha que as parturientes estabelecem quando sentem aproximar-se o trabalho de parto, como declararam todas as mulheres entrevistadas, bem como os dados apontados por outras pesquisas feitas na região.<sup>431</sup> O *bom atendimento* e a preferência pelo HU estariam relacionados à possibilidade de levar um acompanhante, ao tipo de tratamento recebido, ao alojamento conjunto e à possibilidade de escolher o parto de cócoras.

Quanto à clientela, é senso comum de que é constituída pelo *peçoal da Universidade*, mas o que observei foi que a grande maioria das pacientes era composta de mulheres de classes populares. Um estudo realizado em 1999<sup>432</sup> mostra que apenas 15 % das usuárias do HU são de camadas médias, incluindo consultas pré-natal e a internação. No entanto, o peso simbólico que têm as mulheres e famílias *universitárias* e *alternativas* indica não só seu reconhecimento pelo tipo de atendimento como seu caráter diferenciado inclusive em função da clientela, e o lugar privilegiado que as pessoas com capital cultural tem neste Hospital. É o que sugere a existência de um serviço de atendimento exclusivo à comunidade acadêmica, quase uma *clínica*, onde o atendimento é feito num espaço físico mais moderno, recentemente pintado de cores claras e dispendo de ar condicionado, contrastando com as condições mais precárias das demais dependências do hospital.

Todavia, neste sentido o Hospital não seria exatamente original, posto serem comuns em serviços com uma heterogênea clientela, diferença de tratamento- muitas vezes inconscientes e sutis. Eu mesma fiz uso deste lugar para obter passe livre na entrada do Hospital, evitando ser barrada pelo guarda, usando desta particular capacidade de burlar burocracias que o *ethos* incorporado confere às *pessoas da universidade*.<sup>433</sup> Eu mesma pude constatar isto na portaria: se ao entrar assumia uma postura compatível com a do *médico*.<sup>434</sup>

---

<sup>431</sup> Cf. FREITAS, P.F. Op. cit., p.144-188.

<sup>432</sup> REGIS, L. G. PINHEIRO, C.E. Atendimento pré-natal em gestantes residentes em Florianópolis - 1999. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 31(1-2): 2-8, 2002.

<sup>433</sup> Tereza Franzoni, em seu improvisado Diário de Campo escrito na maternidade em 1997, observava que “pessoas ‘da universidade’ não precisaram obedecer ao rígido horário de visitas, bastando para isso fazer valer seu “jeito” . Quando estive internada no HU, em 2002, várias amigas vieram visitar-me em horário dos mais diversos, enquanto minhas colegas de quarto, mulheres de camada populares, recebiam ao mesmo tempo- e não sem desagrado- uma enxurrada de parentes e amigos, no exíguo horário oficial das visitas.

<sup>434</sup> Utilizo aqui médico e doutorando no masculino incluindo as médicas e doutorandas, já se trata de uma categoria em que a maioria são homens e que é marcado por um *ethos* masculino.

que entra apressado sem olhar para os lados, não era indagada pelo guarda; ao contrário, se aparentasse ar de insegurança ou humildade, era submetida às regras da burocracia.

Cabe ressaltar que a pesquisa aqui relatada resulta não só trata do mergulho intenso e contínuo feito ao longo do ano de 2000, mas incorpora também observações feitas em períodos posteriores, mas ainda em trabalho de campo, tendo sido a maternidade local de muitas das reuniões do grupo local, seminários e palestras,<sup>435</sup> ponto de encontro seguro das pessoas vinculadas ao grupo – quando as atividades conjuntas demandavam contatos freqüentes entre as pessoas envolvidas. Além disso, na condição de usuária do serviço hospital como um todo – e não especificamente da Maternidade – tive a oportunidade de vivenciar o *lado dos pacientes* inúmeras vezes,<sup>436</sup> podendo assim, ampliar a tão necessária contextualização da Maternidade, que sugere um universo da humanização, muito distante dos serviços públicos de saúde no país.

### **Um pouco da história da maternidade**

A Maternidade analisada faz parte do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina tendo sido fundada em setembro de 1995. Conta com 22 leitos, uma unidade neonatal de alto risco (4 leitos) e atende uma média de 1700 partos por ano (130 partos/mês) sendo que, quando realizamos a pesquisa (2000) de um total de 1767 partos, 31 % foram cesarianas e 69% normais. Apesar de ultrapassar as taxas recomendadas pela OMS, há que se considerar que a Maternidade é uma unidade que atende os chamados partos de alto risco, o que eleva esses percentuais. Na Grande Florianópolis, acompanhando a tendência nacional verificada após a década de 80 os índices de cesáreas aumentaram significativamente. As taxas aumentaram: em 1987 era de 35,6% passando para 42,4% em

---

<sup>435</sup> Explico melhor: desde a inauguração da maternidade, realiza-se um evento comemorativo na data de seu aniversário, ocasião na qual são trazidos palestrantes de outras regiões- em geral ligados ao movimento - sendo convocados os membros da equipe de saúde que trabalham no hospital, seguido de debates, onde predomina a comparação do apresentado com a realidade local.

<sup>436</sup> Uma das ocasiões privilegiada, na qual trabalhei da forma que pude, quando, por razões de saúde, no ano de 2002, fiquei internada na clínica médica por uma semana, ocasião na qual não apenas recebi a visita e o apoio dos meus companheiros do grupo local, como também pude fazer um diário de campo, no qual pontuei vários aspectos que tinha observado na maternidade.

2001.<sup>437</sup> O HU se situa ao lado da Universidade Federal, da qual faz parte, em um bairro de classe média da cidade, de fácil acesso, mesmo para quem depende de condução pública. Ao fundo do Hospital há uma pista para pouso de helicóptero, em função do seu serviço de Emergência, local de entrada também das mulheres em trabalho de parto. O Hospital atende a maioria das especialidades médicas, incluindo ginecologia e obstetrícia, tanto em serviço ambulatorial quanto internamento, além de oferecer ainda um serviço específico à comunidade universitária. Como o bairro ainda não dispõe de um posto de saúde, muitas pessoas da região procuram os serviços ambulatoriais do hospital. Junto ao Grêmio de Funcionários do HU, funciona uma creche em tempo integral ou parcial e, ainda, um Centro de Terapias Holísticas, espaço no qual são feitos os encontros semanais das gestantes e *casais grávidos*. Além de atender à população da cidade e da Grande Florianópolis, seus serviços de ambulatório e internação são procurados por pacientes vindos do interior do estado, sendo muito comum, em dias de semana, a presença de ambulâncias e de carros oriundos de outras cidades, incluindo o sul e norte do Estado, regiões onde existe uma rede de saúde eficiente.

A Maternidade do HU é procurada mais especificamente por mulheres que advêm de diversas localidades, tanto da Ilha<sup>438</sup> quanto do continente, incluindo municípios de regiões vizinhas. Ela é procurada também por contingentes significativos daqueles migrantes que passaram a vir para Florianópolis nas últimas décadas, sobretudo de camadas médias e *do ethos alternativo*- identificados com o meio universitário- mas também camadas populares, em busca de um serviço de qualidade.

O Projeto de Implantação da Maternidade do HU é considerado aqui como seu documento fundador. Nele já estava expressa a Filosofia da Maternidade, que está exposta em dois painéis dentro da instituição. Seus dizeres são o resultado de vários anos de trabalho de profissionais de diferentes áreas. Desde os anos 80, já se pensava em construir ma instituição que oferecesse um tipo de serviço de vanguarda e de atendimento diferenciado. Apesar do Hospital contar com um espaço previsto para a maternidade e com a proposta da Comissão Interdisciplinar,<sup>439</sup> por razões burocráticas e políticas da própria

---

<sup>437</sup> PINHEIRO, C. E. A. Incidência de cesárea na região de Florianópolis - 1987, 1991 e 1997. *Revista Ciências da Saúde*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 47-54, 2001.

<sup>438</sup> Vários bairros de Florianópolis se situam no litoral e áreas rurais, mais distantes do centro urbano.

<sup>439</sup> Comissão Interdisciplinar era um grupo designado pela Direção do HU, através de portaria, composto por grupo de profissionais de diversos centros de ensino da UFSC e do Hospital.

universidade, somente em 1995 ela foi, finalmente inaugurada, e já dentro deste espírito inovador. Neste período, e em função das mudanças políticas que haviam ocorrido na administração da Universidade, um dos membros da Comissão Interdisciplinar foi designado diretor do Hospital. Foi somente assim, a partir de uma posição de poder adquirida no staff acadêmico que, finalmente, a maternidade saiu do papel e passou a atender uma clientela já cativa, colocando em prática o projeto. Assim, o novo diretor do Hospital lembra dos primeiros passos:

Quando eu assumi a direção, uma das primeiras coisas que eu fiz foi tocar adiante o projeto da maternidade, tal qual a gente tinha pensado. A gente não tinha como contratar pessoas identificadas com a proposta- tinha que ser via concurso, como é que tu ias exigir um medico ‘humanizado’? Tinha que aproveitar os funcionários do Hospital... mas *a cadeira de cócoras e o acompanhante foram impostos mesmo*, teve gente que reclamou, mas depois de um tempo, acabaram até gostando. Tem que ter vontade política, né? (Antônio, médico, Florianópolis)

Naquele período já era utilizado o termo humanização, embora ainda não tivesse adquirido as atuais dimensões; mas é certo que a proposta original estava atravessada por vários elementos que hoje compõem o ideário da humanização: incentivo ao vínculo mãe-bebê, participação do pai e da família em todo o processo, e respeito às diferenças culturais, sociais, espirituais e biológicas das parturientes. Falava-se também no direito de escolha da mulher quanto ao tipo de parto e ao acompanhante, bem como direito de ter um atendimento humanizado, relacionado às relações interpessoais e suporte emocional por parte da equipe e ainda, respeito às crenças e diferenças culturais, sociais, espirituais das usuárias. Em função destes valores, a maternidade logo passou a ser identificada e reconhecida como oferecendo uma assistência humanizada. Creio ser possível afirmar que a proposta da Maternidade passou a ser englobada pelo termo humanização, na medida em que o próprio movimento foi construindo sua identidade em torno deste conceito. Em outras palavras, o caso do HU foi exemplar de um processo que vinha acontecendo a nível nacional.

A Filosofia da Maternidade enfatizava a questão do vínculo mãe-bebê-pai, e sendo lembrada por várias pessoas a influência que os trabalhos de Klaus e Kennel,<sup>440</sup> entre

---

<sup>440</sup> Na primeira conversa que tive com Antônio, ele emprestou-me o livro *La relación madre-Hijo*, numa primeira de uma série de referências a este, que nunca mais deixei de escutar, *KLAUS, Marschall y KENNEL, John. La relación madre-hijo. impacto de la separación o perdida prematura ene l desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1978.

outros, tiveram naquela ocasião, na medida em que em seus estudos encorajavam o *vínculo precoce*. Eles argumentavam que a amamentação e o alojamento conjunto favoreciam os índices da saúde dos neonatos, e suas propostas circulavam naquela ocasião na comissão, num movimento que vinha acontecendo a nível mais global, e que hoje é amplamente aceito no campo da pediatria. Sublinhavam, também, dois aspectos que parecem ter sido motivadoras da ampla aceitação de suas teses: a necessidade de um maior vínculo entre mãe –e bebê (e pai) e a sensibilidade dos autores, neonatologistas, em perceber, a partir de observações de uma enfermeira, a melhoria dos neonatos em UTIs quando em contato com seus familiares. A sempre mais fácil adesão dos profissionais de saúde ligados à pediatria e neonatologia as teses de humanização reitera isto que se viu acontecer também aqui: a crianças e seu bem-estar é o carro-chefe da humanização da assistência , pelo menos a nível hospitalar:

A proposta da Maternidade é muito anterior ao Hospital Amigo da Criança, quando a gente se propôs a fazer no hospital uma proposta mais humanizada. Quando se iniciou este Projeto, para nós não era novidade, a gente teve que fazer poucas coisas para se adequar, concretamente, das poucas coisas que tivemos que fazer foi colocar as orientações na parede, divulgar, e treinar a equipe toda, de forma mais sistemática, incluindo anestesistas e coisas assim,. Fora isto a gente já tava cumprindo, porque a Filosofia do Amigo da Criança é exatamente a mesma da gente, que é estimular o aleitamento, o vínculo afetivo da mãe com a criança.(Antônio, médico, Florianópolis)

Embora o espaço físico já estivesse delimitado, houve uma preocupação em organizá-lo e decorá-lo de uma forma singular, dentro dos princípios propostos: uso de determinadas cores e decoração nos quartos e corredores, barras de ferro no corredor para favorecer a deambulação no Trabalho de Parto, divisórias de vidro entre Sala de Parto e neonatologia, e a aquisição de uma mesa de parto de cócoras, adquirida de um dos ativistas da REHUNA que, já aquela época, elaborara um estilo específico de cadeira ou mesa.

Atualmente, os significados do parto humanizado são numerosos, indo desde uma preocupação com a redução de taxas de cirurgias cesáreas até o uso de massagens e músicas no trabalho de parto. Na literatura nativa (documentos da OMS e do movimento social), encontramos algumas variações, ora acentuando os aspectos relativos à saúde pública, ora aqueles mais centrados no bem-estar da mulher e do bebê. Para fins de uma análise mais geral, pode-se agrupar estes indicadores em dois grandes grupos: um, relativo

às relações pessoais, intersubjetivas e psicológicas da parturiente e bebê; outro, relativo às questões propriamente técnicas da intervenção no processo do parto. Um aspecto que chama atenção é que, nos documentos do movimento, a referência ao parto de cócoras é constante, ao passo que nos da OMS fala-se em parto vaginal, normal e, às vezes, em posição vertical. É assim que se ouve falar da Maternidade na cidade: trata-se de um lugar onde se pode combinar o desejo de parir de forma considerada natural com as vantagens de um atendimento hospitalar:

Eu escolhi o HU pra ter meu filho, mas a minha primeira idéia era tê-lo em casa... Mas aí fiquei meio com medo, e tal, aí fiquei pensando em possibilidades de acontecerem coisas e tal, e resolvi ter lá porque lá pra mim era o meio termo entre o hospital que eu não queria e a casa, que eu temia (Cibele, música, Florianópolis)

Além disto, há também a se considerar que havia poucas opções de parto domiciliar na Ilha naquele momento, e as mesmas tinham custos relativamente altos, ao passo que o HU além de oferecer um ambiente considerado mais seguro, era uma instituição pública e gratuita.

### **A maternidade em funcionamento**

Em que pesem os objetivos com que a maternidade foi criada, logo nos primeiros dias do trabalho de campo pude constatar que a Filosofia da Humanização e a obrigatoriedade de rotinas diferenciadas (acompanhante, parto de cócoras, etc) não era incorporada por todos os profissionais. Diante disto, resolvi observar aspectos ligados ao tipo de atendimento prestado, tendo por norte os indicadores fornecidos pela OMS e apoiados pelo movimento.<sup>441</sup> Assim, foram observados alguns dos diversos aspectos técnicos do atendimento, selecionados a partir do conjunto geral do ideário da humanização pela sua recorrência, a saber: uso de indução intravenosa (ocitocina), uso de analgesia, episiotomia, tricotomia, enema, deambulação, dieta, massagem, banho e apoio

---

<sup>441</sup> A OMS relaciona em quatro categorias as práticas de assistência ao parto normal: as demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; as claramente prejudiciais e ineficazes, que devem ser eliminadas, as práticas sobre as quais não se têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, e que devem ser usadas com cautela e, finalmente as práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado, sendo que o parto operatório encaixa nesta categoria. Cf. BRASIL Maternidade Segura. assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília, OMS/MS 1996, p.35-8.

psicológico/suporte emocional, conhecimento prévio do CO. A escolha do tipo de parto, um indicador fundamental do ideário do movimento, aparece de forma mais complexa, pois envolve uma rotina que depende do desenrolar do trabalho de parto, da inter-relação equipe-parturiente e da experiência e negociação da dor.

A título de exemplo, posso citar o uso de ocitocina via intravenosa, que, no HU, é bastante comum, contrariando o que recomenda a OMS restringindo seu uso apenas às situações necessárias, ou seja, evitando que seja utilizada como rotina para qualquer paciente que é internada, no HU, ela é usada nos casos freqüentes de ruptura espontânea da bolsa amniótica (*bolsa rota*) e de pós-datismo,<sup>442</sup> duas das principais causas de internação precoce e de trabalho de parto demorado. Nestes casos, é feita a indução do parto: dos 27 casos observados, 18 foram induzidos e em nenhum deles houve alguma negociação ou escolha por parte das pacientes. A grande maioria não era informada de que se tratava de um soro aplicado nas veias, e poucas perguntavam algo a respeito – provavelmente, em função da costumeira associação que se faz no imaginário popular entre hospitalização e colocação de tubos, e ao próprio lugar de pacientes que as usuárias assumiam na Maternidade – à mercê, portanto, de rotinas e manobras de cujas razões não esperavam ser informadas nem sequer consultadas.

Durante o período desta etnografia- o número de mulheres internadas em razão do pós-datismo, chamou atenção – motivo pelo qual fiz muitas perguntas a doutorandos e a alguns médicos, para finalmente obter mais que evasivas, mas a confirmação do que eu supunha: o cálculo da idade gestacional (indicador dos mais importante do processo) não era exato, era feita uma média entre cronograma gregoriano e biológico<sup>443</sup> e de probabilidade medida pelo ultra-som que, em meu entender de leiga, seria o instrumento da maior precisão possível.<sup>444</sup> A grande maioria das parturientes já sabe o sexo do bebê em razão de ter feito pelo menos um exame ultrasonográfico no pré-natal, o que leva a

---

<sup>442</sup> Gestação estendida para um prazo além do previsto, com grave risco de sofrimento fetal e/ou morte do feto.

<sup>443</sup> D.U.M.(Data da Última Menstruação, utilizada como base de cálculo para a idade gestacional e que depende da memória da gestante para ser minimamente eficiente )

<sup>444</sup> Em estudo sobre ultrasonografia, Lilian Chazan chama atenção não exatamente para a margem de “ erro” da mais avançada das tecnologias para a mudança de datas e de ocorrências feitas no exame de forma a direcionar cesarianas em datas mais aprazíveis a seus horários de trabalho. Cf. CHAZAN,L. *Ultra-som e consumo: uma discussão sobre a construção do gênero antes do nascimento*. ABA, Trabalho apresentado na XXII Reunião da ABA, Gramado de 2002.

conclusão de que a adesão das usuárias ao exame se dá muito mais pelo lugar decisivo que o conhecimento antecipado do sexo do bebê ocupa no rol de preocupações das famílias, do que as demais características passíveis de medição e conhecimento. Em estudo sobre a ultrasonografia,<sup>445</sup> Lílian Chazan destaca as relações entre antecipação do conhecimento do sexo do bebê e impulso ao consumo de roupas e adereços, estimulado por profissionais, chamando atenção para o fato de que o desejo de tornar o bebê uma Pessoa (já generificada antes do nascimento) o quanto antes corresponderia ao desejo da maioria das pessoas – mulheres, familiares e profissionais.

Em geral, com indicações de ultra-som e D.U.M de 41 semanas, a gestante é internada como caso de pós-datismo, e o uso da ocitocina se justifica em função da margem de erro que mesmo a medição ultra-sonográfica contém. O uso de ultrasonografia parece ser, como tantas outras práticas costumeiras relativas à gravidez, fruto da confluência de interesses de mercado com a conhecida demanda dos familiares acerca do sexo do bebê, mesmo que haja variações quanto ao seu significado. No entanto, em função de seus altos custos, no campo da saúde pública ela é pouco utilizada. No âmbito do movimento, as críticas a esta tecnologia são tímidas, talvez porque muito associada a um ponto consensual que é a necessidade do pré-natal. No entanto, o encanto que o mesmo exerce no imaginário dos profissionais e das próprias mulheres é concreto. A força que tem a tecnologia e o saber esotérico ligado à importância do diagnóstico adquiriu grande importância na modernidade, segundo sugere David Le Breton.<sup>446</sup>

Elixabete Imaz Martinez vai mais além, e observa que, com a banalização do uso do ultra-som, a mulher perder um lugar de saber sobre o seu corpo:

*La mujer que antes de la ecografía era la voz- sino que constituía una unidad con el bebe por nacer, ve relegado su protagonismo que le es arrebatado por el portavoz del feto, aquel que conoce los señales emitido desde el interior del cuerpo materno y sabe interpretar sus significados. El cuerpo de la gestante es entonces vaciado de subjetividad y reducido a*

<sup>445</sup> Para as gestantes que fazem pré-natal no HU, o exame é feito na própria maternidade, a pedido do médico e em número pequeno.

<sup>446</sup> Segundo o autor: *L'écographie aussi est un riche observatoire de rêve suscité par une image que ne signifie pourtant le sensible que de très loin et de façon très abstraite a travers une appareillage électronique et la nécessaire médiation de l'écographiste pour en clarifier le contenu.* (Cf. LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Métallié, 1996. p. 218.)

*su mera dimensión de la maquina biológica y, encuanto tal, imperfecta.*<sup>447</sup>

Muitas parturientes haviam feito pelo menos uma ecografia, mas pelo fato de se tratar de um equipamento sofisticado e demarcador de distinção de classe, trata-se de um caso em que a carência de recursos da saúde pública e de suas usuárias apresenta seu lado positivo, ou seja, um exemplo de situação- extensível a muitas outras, inclusive fora do hospital- na qual as lacunas do atendimento medicalizado trariam mais vantagens do que desvantagens, já que se entende que a alta medicalização é ineficiente ou iatrogênica.

Pensar na medicina moderna é pensar num tipo de saber centrado no olhar. O saber palpável e sobretudo visível tornou-se o eixo do campo de saber médico nos últimos séculos, sendo alvo de vários estudos que mostram o lugar de destaque que a imagem ocupa no *habitus* biomédico, seja no ritual de formação escolar, seja nos congressos e seminários, seja no cotidiano do hospital e na própria relação médico- paciente. Como mediador- intérprete de uma linguagem esotérica e inacessível, a majestade da imagem encontra na medicina talvez o campo mais fértil de seu uso e suas performances, reiterando as bases mesmas do olhar médico.<sup>448</sup>

O uso de analgesias, particularmente a peridural, comum em outros países, raras vezes é utilizado no HU, tendo sido observado em apenas 3 casos, em situações identificadas pela equipe como de *descompensação* (desequilíbrio e insuportabilidade da dor) da parturiente. Deste três casos, dois resultaram em cesárea e um em parto normal, de cócoras. Apesar de ser sinônimo da excessiva medicalização em países como a França, Canadá e Estados Unidos,<sup>449</sup> e constar como um dos recursos a uma humanização do parto por alguns autores convencionais,<sup>450</sup> a analgesia peridural em partos vaginais não é comum no Brasil, sendo pouco conhecida das usuárias dos serviços públicos, pelo menos nos dias

---

<sup>447</sup> MARTINEZ, E. Escudriñar y exhibir: visibilización interna/visibilización externa del vientre de la embarazada. In: Estibbalia, Sadaba (Org.) *Escondete objeto*. Bilbao: Instituciones para cambiar el mundo, 2002, p.61.

<sup>448</sup> Segundo Michel Foucault: *O Nascimento da clínica* médica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

<sup>449</sup> Cerca de 70% os partos na França são feitos com analgesia peridural e 80 % nos Estados Unidos, fato que estaria relacionado com o lugar da dor na concepção patológica do parto – um mal a ser eliminado AKRICH, Madelaine. La peridurale: une choix douloureux. In: *Cahiers du Genre* 25 De la contraception à l'enfantement. Paris, L'Harmattan, 1999, p.17-48.

<sup>450</sup> Um dos mais utilizados Manuais de Obstetrícia do país, escrito por José Rezende, refere-se à humanização do parto como sendo a eliminação da dor através de analgesias, numa clara demonstração do uso polissêmico o termo. Cf. DININZ, C.S.G.Op. cit.

atuais. A única vez que vi uma mulher recebendo uma peridural foi numa situação de descompensação extremada, sendo que sua aplicação antecedeu a uma cesariana.

A restrição alimentar ainda é rotina no HU, sendo difundida a idéia de que as mulheres em trabalho de parto não podem comer nem beber. Em várias situações, no entanto, e em função de pedidos das mulheres, a equipe de enfermagem lhe oferece água, e em alguns casos, chá, em pequenas quantidades. No entanto, nas recomendações da OMS, a restrição alimentar é vista como uma das práticas claramente danosas ou ineficientes, que deve ser eliminadas, motivo pelo qual eu, muitas vezes, atendi os pedidos das sedentas parturientes e busquei, discretamente, mas com cumplicidade das auxiliares – vários copinhos de água ou mesmo chá na cozinha da ala interna.

O uso da tricotomia e do enema era bastante freqüente quando foi iniciado trabalho de campo; no entanto, foi-se observando mudanças significativas nestas práticas, hoje sendo praticamente extintas das rotinas. Estes procedimentos são vistos pela REHUNA como exemplos claros que se chamaria de *crenças que nem têm fundamento científico*. Para a OMS, *episiotomia*,<sup>451</sup> *enema e tricotomia* são consideradas práticas claramente danosas ou inefectivas, que devem ser eliminadas,<sup>452</sup> tal qual a polêmica *episio*.

A abolição destes procedimentos, junto com o debate sobre a *episiotomia* ocorreu em uma reunião na maternidade, de cunho deliberativo, proposta por médicos ligados ao grupo multidisciplinar, em junho de 2000. Nesta reunião, após argumentação de seus proponentes a partir de evidências científicas e das recomendações da OMS o grupo dos presentes deliberou pela extinção dessas práticas sendo, a mesma, comunicada aos demais membros da equipe. O que era atribuição das enfermeiras foi prontamente abolido, enquanto que o que era atribuição dos/as médicos/as e enfermeiras obstétricas, foi colocado em questão e alvo de polêmicas.<sup>453</sup>

---

<sup>451</sup> Microcirurgia feita no períneo, no terceiro estágio do parto, ou seja, no momento expulsiva, vista como facilitadora do parto. Segue-se a ela a episiorrafia, que consiste em recuperar o corte feito.

<sup>452</sup> OMS, 1996.

<sup>453</sup> O mesmo cartaz que convocara a equipe médica para reunião, permaneceu por algumas semanas no mural interno do CO, acrescido de dizeres relativos à decisão tomada pelos participantes. Ao lado, escrito a punho, também, em letras grandes, alguém escreveu: “E a responsabilidade médica, onde é que fica?”, colocando em cena a complexidade que significa tentativas de mudanças numa categoria que tem autoridade e responsabilidade legal quanto a suas ações.

Também no HU parece ocorrer o que vários pesquisadores observaram em outras instituições médicas:<sup>454</sup> quanto mais próximo da base da hierarquia hospitalar, há maior e mais rápida adesão às modificações. É o que diz Antônio, situado no topo da hierarquia médica, sublinhando a dimensão de gênero presente neste descompasso:

Aí tem uma coisa interessante: as profissões femininas tendem a ter uma adesão maior. Este programa, pegando a enfermagem que a grande maioria é mulher, a enfermeira não tem a iniciativa de fazer este tipo de programa, mas quando pela é colocado *ela adere rapidamente*. Acho que tem a ver com a questão de ser mulher, de estar envolvida com o cuidado, e também porque elas cumprem horário no hospital, fazendo um contraponto com a medicina que é uma profissão masculina onde *o médico passa pelo hospital*, ele vem, intervém e sai. (Antônio)

No entanto, segundo informações trazidas em momentos posteriores ao trabalho de campo, tem se observado uma sensível modificação quanto a este procedimento por parte de alguns médicos, que, após muitas discussões, vem *conseguindo* (o termo é nativo, indicador de uma vitória ou conquista) reduzir seu uso rotineiro nos últimos anos.

Algumas mulheres já chegam à Maternidade com os pelos pubianos raspados, procedimento feito por elas próprias em casa, antes de virem ao hospital. Baseadas na própria experiência e relatos de conhecidas: sabedoras dos rituais hospitalares e da necessidade de acatá-los, preferem *chegar já prontas* na instituição; tal prática é comum nas maternidades até hoje. Apoiadas nesta experiência, uma das representações do parto hospitalar é a de que aqui uma mulher *deve fazer a barba*, como relata Dona Júlia, ao justificar porque preferiu, nos anos 70, dar a luz em casa e não parir no hospital, depois de uma experiência não muito agradável: *Eu, ir de novo pro hospital pra ser maltratada, ficar longe de casa e ainda ter que fazer a barba? É, por que lá, minha filha, eles fazem a barba na mulher!!!* (Dona Júlia, filha de parteira, Florianópolis).

O uso de episiotomia é amplamente disseminado, tanto nos partos vaginais normais, quanto nos partos de cócoras feitos da Maternidade. Pela OMS é considerada uma *prática com evidências insuficiente e que deve ser utilizada com cautela*, para Moysés Paciornick é a prova mais cabal de que as mulheres urbanas/civilizadas não fariam um bom uso de seus órgãos sexuais- ao contrário das indígenas, levando a medicina a intervir em um a região que mereceria ser treinada através de exercícios. Rechaço a essa intervenção foram observadas entre indígenas *tukano* residentes na cidade de São Gabriel da Cachoeira, no

Pará: a recusa em ir à maternidade no primeiro parto é apontada pelas mulheres como sendo uma forma de evitar que sejam cortadas, preocupação que diminui diante dos demais partos.<sup>455</sup> Algumas feministas condenam a episiotomia por ver nela uma intervenção cirúrgica altamente misógina e agressiva. Episiotomia e episiorrafia têm um destaque na história da obstetrícia: foi um ponto de fronteira, delimitador do trabalho das enfermeiras/parteiras e médicos, deve ser vista como uma micro-cirurgia, parecendo ser mesmo um ponto de honra para as ativistas da humanização. Mais recentemente têm sido feitas algumas campanhas contra o abuso desta prática.<sup>456</sup> Há feministas que vêem nesta prática uma forma de mutilação sexual,<sup>457</sup> comparável às incisões clitoridianas feitas entre as muçulmanas, identificando seu uso inadequado(ou seja, sem *indicação exclusivamente clínica*) como violação de direitos. A episiotomia de rotina poderia ser, nesta perspectiva, passível de enquadramento nas convenções internacionais de direitos sexuais e reprodutivos, segundo a sugestiva análise de Simone Diniz.<sup>458</sup> Nos Estados Unidos, já em décadas passadas foi mote de lutas e, no Brasil, é carro-chefe da agenda atual da REHUNA. Há um certo consenso entre ativistas e estudiosas quanto ao caráter altamente simbólico e ritualístico do referido corte e subsequente sutura, que, segundo eles, estaria apoiada na concepção de que o corpo feminino seria defeituoso e carente de intervenção extrema para dar conta de seus processos - intervenção esta que se completaria com a costura bem feita para torná-lo novamente apto para atender suas funções: no caso, o prazer sexual dos homens. Daí o conhecido e revelador apelido do jargão médico de *ponto do marido*.<sup>459</sup> Escutei esta expressão raras vezes no CO e, mesmo assim, com ares de crítica ('sabe, isto aqui, antigamente, era chamado de *ponto do marido*, dizem os médicos para

---

<sup>455</sup> BASTOS, M.G. M. Representações e práticas ligadas ao parto de índios residentes na cidade de São Gabriel da Cachoeira. *Medicinas Tradicionais e Política de Saúde na Amazônia*. Belém, Museu Emilio Goeldi, 1991, p.111-123.

<sup>456</sup> Campanha virtual apoiada pela REHUNA e Amigas do parto: *Vamos meter o malho na episiotomia de rotina, desnecessária e sem fundamento* ou *EnXOTA ela: campanha contra a episiotomia de rotina* [www.xoepisio.blogspot.com.br/](http://www.xoepisio.blogspot.com.br/) 2004/01

<sup>457</sup> A antropóloga Laura Nader argumenta sobre a necessidade de inserir no rol das mutilações sexuais feitas em mulheres aquelas feitas também no Ocidente- e aí, inclui várias intervenções biomédicas no corpo feminino, como as cirurgias plásticas de todos os tipos e, conforme sugestão de Emily Martin e de Simone Diniz, a episiotomia poderia ser uma delas Cf. NADER, L. Entre um espelho de mulher: cegueira normativa. *Revista Horizontes Antropológicos* n.10.Porto Alegre, maio de 1999.

<sup>458</sup> DINIZ, C.S. OP.cit.

<sup>459</sup> DINIZ, C.S.G. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: *A Vitrine da Humanização do Parto em São Paulo: Textos de Apoio*. São Paulo, 1999, mimeo.

aprendizes/doutorandos). No entanto, pude observar a forma meticulosa com que os médicos ensinavam seus alunos a fazer o corte, e, sobretudo, a sutura. Ao fazê-lo comentavam sobre a necessidade de *apertar bem para ficar direitinho* – quase sempre acompanhados de olhares oblíquos em direção a um marido invariavelmente distante do baixo corporal da mulher, enlevado com as mamadas e vagidos do recém nascido.

### **Arquitetura e dinâmica da maternidade**

Situada no segundo andar do Hospital, juntamente com o setor de internações pediátricas, a maternidade está colocada entre esta ala e o Centro Obstétrico. Fica próxima ao Alojamento Conjunto (AC) e ao berçário (onde permanecem apenas bebês prematuros), seguindo-se da ala de internações ginecológicas, e, depois, a sala de espera e sala de triagem. Pode-se chegar à Maternidade pelo elevador ou pela escada, que passa pelo AC. A admissão se dá pelo setor de Emergência. Este permanece sempre aberto, e é o local ao qual em geral a pessoa do acompanhante deve retornar, se for solicitada a internação, quando, então, deve preencher toda a ficha da paciente. Este procedimento é, por vezes, bastante demorado e em várias situações, foi responsável pelo atraso do acompanhante perder o evento do parto.

A decoração da maternidade é farta com cartazes e painéis, incluindo-se muitos relativos à Maternidade, como amamentação, gravidez precoce, direitos da mulher, título do Hospital, resultados de pesquisas em banners, como abaixo:

---



Figura 11 – Decoração da Maternidade

Há pequenas placas coloridas indicando os diversos setores, sendo a placa da Maternidade a única em cor-de-rosa. No interior do CO Obstétrico há paredes pintadas em azul enfeitadas, de vez em quando, com peixinhos e também divisórias de vidro entre a sala de parto e a neonatologia. As salas de pré-parto, onde permanecem as mulheres em trabalho de parto, são constituem o segundo espaço para o qual as gestantes são levadas quando entram no CO, após passarem por um pequeno saguão, onde se faz a colocação de indumentária básica adequada (avental, touca, pró-pé).

Há janelas altas junto a um corredor próximo que oferecem pouca visibilidade da rua, assegurando ao CO um certo isolamento exterior. No início do corredor, há um pequeno sofá preto, onde por vezes permanecem as gestantes antes de serem levadas à sala de parto propriamente dita, ou ainda, aquelas que, não tendo ainda sido internadas, esperam pelo exame de cardiotocografia, feito na ala interna do CO, restrita aos funcionários. Esta é

a única ocasião em que as pacientes circulam nesta ala.

Bem ao fundo desta ala estão os vestiários dos funcionários, aos quais se tem acesso passando pela cozinha, peça pequena mas importantíssima na sociabilidade da equipe e cenários de momentos de *communitas* entre a equipe. É nela que, em torno do prosaico ato de comer e beber, médicos, auxiliares, enfermeiras, doutorandos e estagiários, confraternizam, contam piadas, fazem insinuações maliciosas, relaxam as tensões e confraternizam. Há uma televisão suspensa no teto, a qual está quase sempre ligada à TV Globo. Muitas vezes é alvo de visadas coletivas que são sempre acompanhadas de comentários espirituosos e sobretudo, maliciosos. O café é o principal veículo da reciprocidade- ao ganhar um copo o visitante se sentirá incluído no animado grupo e pode escutar as piadas, os apelidos conferidos aos médicos e explicitam as opiniões sobre mulheres e acompanhantes que passaram pelo Centro. Predominam fatos considerados bizarros, comentários sobre programas de televisão- em geral, assuntos como novelas, mini-séries, carnaval, propagandas; nada de assuntos sérios ou estritamente profissionais aqui; trata-se da conhecida cozinha antropológica onde grassa a informalidade, a jocosidade e eroticidade. As duas pontas da hierarquia obstétrica se colocam como iguais neste espaço e nestes momentos: médicos e auxiliares parecem velhos amigos, cúmplices das idiosincrasias recíprocas. Além do café, as enfermeiras e auxiliares - por ficarem mais tempo, por serem mulheres ou por serem auxiliares e enfermeiras - são as que dividem as compras, numa escala bem organizada onde entra o café e o açúcar, pois os médicos e doutorandos não participam dessa quotização. Alguns alimentos são oferecidos ao grupo – muitas mulheres trazem comidas congeladas ou os preparam ali mesmo. Pratos como um enorme pudim colorido e enfeitado, saboreado por uma equipe recém-saída de uma cesárea bem sucedida porém tensa, testando minha suportabilidade ao choque cultural: se do lado de lá (ala das parturientes) há abolição total de comida e água, do lado de cá (ala interna), e após mexer com sangue, bebês e placentas- a equipe se delicia com manjares coloridos. O ritual hospitalar, sucessão e entrecruzamento de ritos diversos, como um legítimo ritual tem dessas coisas: explicitação dos não ditos, instantes fugazes de igualdade, pequenos pottlatches e momentos de comilança .

Do outro lado, na ala externa, o que se vive é bem diferente: sem água nem pudim, as parturientes são instaladas nos quatro quartos no Pré-parto, distribuídos em duas salas de

alvenaria com divisórias internas criando dois ambientes. Há duas portas em cada sala, uma que faz a ligação com a ala interna e outra com o corredor, que faz parte do ambiente de uso das pacientes. Há pouca privacidade no pré-parto, em função da forma como o espaço está organizado, em decorrência de circulação intensa entre os quartos contíguos, mas também pelo fato de as divisórias não garantirem um isolamento auditivo, de sorte que tudo o que se passa com a mulher ao lado é escutado por sua vizinha. A interação auditiva é considerável, envolvendo tanto as conversas entre os componentes da equipe, entre parturiente e acompanhante, também entre estes e a equipe de atendimento. Uma parturiente escuta quase tudo o que se passa com sua vizinha: os batimentos cardíacos de seu bebê, através do sonar,<sup>460</sup> seus movimentos dentro do útero, quando utilizado o cardiotocógrafo<sup>461</sup> (outro importante aparelho da imagética médica presente na maternidade) as conversas, os gemidos, as queixas, e particularmente, os gritos de dor quando a mulher chega num estágio avançado do trabalho de parto. Este é um momento em que a falta de isolamento mostra seu lado negativo sobre algumas mulheres, inquietando-as. No entanto, percebe-se que a valorização da privacidade não é compartilhada por todas as mulheres: muitas, mesmo quando acompanhadas, parecem gostar de conhecer os demais hóspedes do Centro Obstétrico, sendo bastante comum, sobretudo entre os acompanhantes, o estabelecimento de relações de camaradagem que se estendem até o alojamento conjunto, local a interação será ainda maior.

Os quartos são bastante pequenos, o que dificulta a permanência de várias pessoas ao mesmo tempo, sendo que o acompanhante em geral permanece sentado ou ao lado da cama da paciente, e, quando circula, utiliza o espaço do corredor. Esta estrutura física do Pré-parto pode acarretar constrangimentos também em função dos acompanhantes, que, de certa forma têm acesso ao quarto contíguo ao de sua companheira. Muitas parturientes manifestam preocupação não só com serem examinadas por estranhos (médicos), mas por poderem ser vistas num momento de exame ou mesmo, vestidas apenas com o avental. Nas paredes de cada sala, há um discreto, feito em folha de ofício e impresso em letras

---

<sup>460</sup> Aparelho utilizado para ouvir apenas os batimentos cardíacos do bebê.

<sup>461</sup> O cardiotocógrafo (ou monitor fetal) visa acompanhar os batimentos cardíacos do bebê, e assim, supostamente, monitorar o avanço do parto. Segundo Davis Floyd, seria um exemplo cabal do predomínio da técnica sobre a pessoa da mulher, reificado pelos médicos intervencionistas. Aliás, questionado como atualmente por gerar de iatrogenia (DAVIS-FLOYD, R. *The technocratic model of medicine*. Fonte [www.robbiedavis-floyd.com](http://www.robbiedavis-floyd.com))

pequenas, com indicações aos acompanhantes, que incluem desde cuidados quanto a sua indumentária até a sugestão de buscarem apoio na enfermagem caso tenham algum mal-estar por ocasião do parto. Como último item, foi acrescentado à mão, com caneta esferográfica, um item suplementar: “*Evitar constrangimento às demais parturientes, não circulando entre os outros leitos*”. Ou seja, na prática cotidiana, situações de constrangimento podem acontecer, mas é visível o empenho dos profissionais em minimizar estas situações.

O corredor é um espaço que pode ser usado por todas as gestantes e seus acompanhantes, contando com uma barra de ferro e um banquinho de balanço, que podem servir como instrumentos mecânicos de alívio da dor. Também é neste corredor que se situa o banheiro, onde há um chuveiro com uma cadeira, muitas vezes utilizado também como técnica de alívio. No entanto, tanto os quartos quanto os banheiros são bastante pequenos, o que dificulta o trabalho das parturientes se também, o apoio efetivo dos acompanhantes. A utilização das técnicas mecânicas de alívio da dor como banho, deambulação, apoio e exercícios na da barra de ferro e/ou do banquinho de balanço, é que se viabiliza uma maior interação entre ocupantes dos dois quartos de pré-parto, tanto entre gestantes quanto entre seus acompanhantes.

*Respeito à privacidade e individualidade* é um dos pontos constantes dos documentos da OMS, e mesmo, na Filosofia da Maternidade, como um aspecto a ser considerado na humanização do parto. Esse teria gerado grande resistência da equipe de profissionais como um todo, quando da inauguração da maternidade e da determinação política da presença do acompanhante.<sup>462</sup> Mas ele foi também vivenciado também por instituições de outras regiões, como a maternidade Leila Diniz, do Rio de Janeiro: nesta o problema foi amenizado de uma forma bastante simples, colocando-se cortinas entre os leitos. Não parece, no entanto, quer seja na Leila Diniz seja no HU, os inconvenientes da

---

<sup>462</sup> Várias foram as resistências quanto aos acompanhantes, sob alegação dos custos que trariam ao Hospital em termos de roupas e alimentação e o fato de poderem intrometer-se em assuntos da equipe. Argumentos que voltaram a baila quando foi elaborada a Lei do Acompanhante Estadual, em 2000/2001. No entanto, todas as experiências demonstram - como aqui citadas - que os custos eram muito pequenos, e que os acompanhantes revelavam sobretudo alto grau de adesão às normas hospitalares e confiança na equipe

gerados por sua presença lhes superem os ganhos – hoje todos reconhecem a positividade do acompanhante, pelo suporte emocional que dá às parturientes.<sup>463</sup>

No entanto, a organização das salas de pré-parto, apesar das declaradas e concretas tentativas de isolamento, não garantem a privacidade das pacientes. Iniciativas da equipe, como colocar uma toalha ou lençol no vidro da porta do quarto são comuns sobretudo quando existem situações mais delicadas de mulheres que estão atravessando um trabalho de parto normal.

Presenciei uma ocasião em que enquanto uma gestante em trabalho de parto para expulsar um feto já falecido, a equipe transferiu as demais gestantes para a sala de recuperação, transformando-a, de forma improvisada, em sala de pré-parto. Este tipo de preocupação é recorrente na maternidade como um todo- a morte ou sofrimento de um bebê sempre gera solidariedade e tentativas de minimização da dor da mãe e familiares. No Alojamento Conjunto, em ocasiões como estas, as profissionais são malabaristas nas artes de aliviar a dor, dentro de um espaço limitado, relativas a uma morte neonatal ou a tensão de uma gravidez de alto risco sem envolver os demais, ou seja, se procura sempre separar “casos” tão diversos- nascimento e morte(ou sua ameaça) ocupam espaços diferentes.

### **A equipe de atendimento**

Os profissionais que compõem a Equipe de Atendimento<sup>464</sup> têm formação diversificada e pertencem, no limite, a classes sociais diversas.<sup>465</sup> São também de gêneros diferentes, havendo certo equilíbrio entre número de médicos (14) e médicas(13).<sup>466</sup> As

---

<sup>463</sup> Coincidentemente, no dia em que escrevi estas linhas, a TV local transmitiu entrevista com a senadora Ideli Salvatti, que encampou o Projeto de Lei 195 no Senado, referente ao acompanhante, no qual ela fala das vantagens do acompanhante no parto: garante a mulher um maior bem-estar e facilita o processo de parto-melhorando, portanto, a qualidade do serviço prestado e os níveis de saúde materno-infantil, e também- “ *um dos argumentos que tivemos de destacar: barateia os custos, pois as mulheres permanecem menos tempo na maternidade, são feitas menos cesáreas menos anestésias, e as mulheres ficam menos tempo na Maternidade, liberando leitos para outras que virão. ! E arremata: para quem se preocupa com os custos, tipo “! o que vou ganhar com isto?”, tem este aspecto. Eu disse para o Ministro Palocci: pode nos apoiar, porque não vai pesar no orçamento!* (Programa Saúde em Foco, dia 17/01/2004, TV COM - SC)

<sup>464</sup> Dados referentes ao ano de 2000.

<sup>465</sup> Nos extremos da hierarquia da equipe, temos a figura do médico (curso superior completo) e o auxiliar ou técnico (curso secundário), que pertencem a estruturas e universos simbólicos muito diferentes.

<sup>466</sup> Não se observou diferenças significativas quanto ao gênero no interior da categoria dos médicos/as. Pelo contrário, em algumas situações, percebeu-se que as médicas eram mesmo mais autoritárias e impacientes com as parturientes do que muitos médicos homens. Observações quanto a necessidade das mulheres em

enfermeiras são todas mulheres (8), e das trinta auxiliares de enfermagem, 28 são mulheres. Em cada plantão, há dois médicos obstetras, que perfazem 12 horas de atendimento, em geral. Os neonatologistas e anestesistas não fazem parte do setor, sendo chamados quando necessário. Algumas enfermeiras eram alunas do curso de especialização em enfermagem obstétrica da Universidade, e por conta de seu necessário estágio, já faziam partos normais na Maternidade.

O regime de trabalho é feito por plantões. Os plantões médicos são de 12 horas contínuas, os das enfermeiras e auxiliares são menores e com variações, não coincidindo exatamente com os dos médicos: em consequência, além da mudança de plantão normal que uma paciente pode vivenciar durante sua estada no CO, o próprio plantão sofre mudanças num período. A jornada de trabalho dos auxiliares é pesada, combinando o atividades em duas ou mais instituições hospitalares (e nem sempre em Maternidades) e sobretudo no caso das auxiliares, com as tarefas domésticas tradicionais.<sup>467</sup> Não são incomuns trocas de plantões, entre profissionais, sobretudo entre os médicos/as.

Também integram a equipe os estudantes de medicina do sexto ano, em regime de internato, os quais permanecem um tempo em cada setor do hospital. Eles são chamados de *doutorandos* pelos demais membros da equipe, e são confundidos com médicos pelas pacientes e acompanhantes. São eles que atendem as mulheres na triagem, e na maior parte do Pré-parto, sempre sob supervisão dos médicos. Também são que atuam nos partos normais. Dentro do CO, há sempre dois doutorandos na Obstetrícia e pelo menos um neonatologia. A relação deles com os médicos obedece aos ditames de uma relação entre mestre e aprendiz, vista como fundamental na sua formação profissional. Sabemos que a prática sempre foi um ponto crucial na formação médica,<sup>468</sup> e por isto, ao contrário dos médicos, que em geral estabelecem um contato muito pontual com as parturientes, os doutorandos mantêm uma proximidade maior com elas, muitas vezes respondendo a perguntas, prestando informações, e freqüentemente lembrando dos nomes das pacientes,

---

incorporar um “estilo masculinizado” para ascender a profissões de prestígio são feitas por Ehrenreich e English, entre outras.

<sup>467</sup> A jornada de trabalho dos auxiliares de enfermagem e demais características de sua condição de trabalhadores do serviço de saúde remetem à própria história da divisão do trabalho em moldes tayloristas, que atravessa a assistência à saúde no ocidente, aliada às particularidades da realidade brasileira em termos da complexificação do sistema de atenção à saúde. Cf. MONTICELLI, M. op.cit. p.27.

<sup>468</sup> Motivo de intensas discussões e debates no processo de constituição da clínica médica, a necessidade de prática sempre foi um ponto crucial na formação do olhar clínico (Foucault, 2001)

fato que é lembrado por várias parturientes como muito positivo. Ninguém do lado de fora imagina que a lembrança do seu nome pessoal deve-se, em geral, a uma leitura rápida do Mural de Registro, onde constam dados obstétricos de cada parturiente internada, encabeçados por seu nome.

Os médicos, costumeiramente, entram em cena apenas no último estágio do trabalho de parto, para então confirmar o diagnóstico do resto da equipe ou das parturientes, e anunciar o encaminhamento à sala de parto ou de cirurgia. É no momento do parto que essa relação mestre-aprendiz fica mais explícita, os médicos assumindo as tarefas mais difíceis, mas sempre demonstrando a forma adequada de agir, além de tecer explicações quanto aos subprodutos do parto e dos aspectos anatômicos do corpo feminino.<sup>469</sup> Se não se houve falar mal dos médicos, por parte da equipe de enfermagem, dos doutorandos é possível escutar vários comentários e queixas: eles parecem ser o alvo das críticas e da insubordinação veladas das funcionárias mais antigas, que sublinham quão pouco os estudantes de medicina sabem do seu *métier*.

Freqüentemente, outros profissionais e pesquisadores se fazem presentes na Maternidade: durante o trabalho de campo, além de enfermeiras obstétricas em estágio no local, encontrei psicólogas atuando como *doulas* e estagiárias do curso de enfermagem. Não raro, são funcionários da própria instituição que estão ali para fazer pesquisas para cursos de graduação ou especialização, notadamente na área de enfermagem.<sup>470</sup>

Para as pacientes, não ficam muito claras as fronteiras entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem, nem entre médicos/as e doutorandos/as, podendo se falar, a partir deste olhar, em duas equipes de atendimento: equipe de enfermagem e equipe médica.

Há uma clara divisão do trabalho no Centro Obstétrico: os médicos são responsáveis pelas decisões: decidir pela internação, pelo tipo de intervenção fármaco-química, pela necessidade de parto cirúrgico, e pelo momento de ida à sala de parto. Também cabe a eles e aos doutorandos o manejo de aparelhos mais complexos para o monitoramento fetal. Às enfermeiras e auxiliares cabem as seguintes tarefas: atender a campainha, atender ao

---

<sup>469</sup> O processo de formação dos médicos separa radicalmente competência de afetividade/envolvimento. O momento da formação em prática parece ser crucial no caso da Maternidade, e caberia um estudo acerca deste aprendizado da dicotomização entre saber e sentir. Cf. BONET, Octávio. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem em bio-medicina. In: *Revista Physis*, v. 9, n.1, 1999. p.123-150.

<sup>470</sup> Na UFSC, existe o curso de especialização de Enfermagem Obstétrica, o qual exige uma experiência em parturição e que pode ser feita dentro do HU, alguns dos quais pude assistir.

telefone, receber a parturiente e acompanhante e vesti-la adequadamente, acompanhar a mulher até o quarto, apresentar-lhe o centro obstétrico e opções de parto, preencher informações do prontuário, trocar lençóis, higienizar as salas e quartos, ajudar médicos a colocar a indumentária, alcançar-lhes luvas e instrumentos, atender chamados das parturientes em trabalho de parto, colocar infusão intravenosa e controlá-la, medir a pressão da mulher, orientá-la quanto a técnicas mecânicas de alívio da dor, prestar informações relativas à amamentação e auxiliar a mãe nesta tarefa. Trata-se de tarefas manuais, que, na lógica da divisão do trabalho, cabem aos auxiliares de enfermagem. Um estudo feito entre auxiliares (*aide-soignantes*), no Canadá, mostra que, são eles os encarregados dos serviços mais pesados e mais freqüentes, necessários ao funcionamento do hospital, ainda que as diferenças de gênero se façam presentes no interior dessa categoria. As autoras elaboraram uma lista de organização das tarefas que compete a esses profissionais, similar ao cotidiano do HU (instalar o paciente, fazer a cama, trocar lençóis, banhá-lo, vesti-lo, servir refeições, transportar macas, etc).

471

Há sempre uma enfermeira que chefia a equipe, e é ela quem faz as honras da casa recebendo a parturiente, passando-a depois aos cuidados de auxiliares. No entanto, as atividades de registro são exclusividade das enfermeiras, ocupando parte considerável de seu tempo com este trabalho (preenchimento de prontuário, *partograma*, requisições), feito ora numa sala que exclusiva,<sup>472</sup> ora num balcão de uso coletivo (não esqueçamos que o hospital moderno é sempre e em todo lugar, o lugar do registro da doença e dos doentes que a manifestam).

Como têm argumentado estudiosas das relações entre enfermagem e gênero, efetivamente há uma divisão sexuada do trabalho no hospital: aos médicos, cabem os tratamentos, às enfermeiras (e auxiliares), os cuidados. Estas diferentes competências estão

---

<sup>471</sup> Cf. MESSING, K. e ELABIDI, D. Aides soignants et aides-soignates: la collaboration dans les taches physiques lourdes. In: *Cahiers du Genre* n 32. Paris: L'Harmattan, 2002, p.5-24.

<sup>472</sup> Não esqueçamos da história da assistência e o papel que tem jogado, até hoje, o letramento dos profissionais como divisor de águas de profissionais que, na atenção ao parto em si fazem a mesma coisa. A enfermeira, neste contexto, é parece ocupar o lugar da parteira diplomada de outrora, ao mesmo tempo em que ainda existem conflitos entre as antigas diplomadas (cursos similares aos das auxiliares) e as enfermeiras, cujo diploma é universitário.

hierarquizadas e genericadas, ainda que no pólo dos médicos, se encontrem mulheres.<sup>473</sup> É efetivamente a equipe de enfermagem que acompanha mais de perto as mulheres no pré-parto, portanto, as que acompanham momentos de dor e desespero. Muitas delas assumem posturas bastante firmes e sugestivas quanto a medidas de alívio da dor, mostrando como fazer massagens lombares, sugerindo e acompanhando a deambulação, os banhos, embora também se observem entre elas diferentes percepções da dor, do parto e da mulher entre a equipe de enfermagem, há quem se aproxime de visões mais técnicas, ou mesmo, mantém um distanciamento significativo das parturientes. Com frequência, uma identidade de gênero é invocada a partir da experiência de dar à luz, aproximando parturiente da enfermeira/auxiliar. *“Eu tenho filhos, sei como é esta dor, mas é assim mesmo, toda mulher tem que enfrentar isto”*. *“É, a gente é que sabe o que é sofrer. Eles (os homens) não sabem*

---

<sup>473</sup> Segundo Marta Lopes: “a utilidade da enfermagem no espaço hospitalar só se justifica porque ela se ocupa das tarefas menos nobres (mais “suja”), na verdade, atos de manutenção da vida (necessidades biofisiológicas), higiene e conforto, sem esquecer o trabalho de hotelaria. Cf. LOPES, M.J.M. O Sexo do hospital. In: *Gênero e Saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p.86.

*de nada...*” (Nádia, enfermeira).

Mas há também mulheres da equipe que assumem postura similar a da maioria dos médicos, de distanciamento indiferença diante das expressões de dor, ausentando-se do Pré-parto e reclamando do fiasco e do escândalo, através de caretas e sinais, e não tanto a partir de queixas orais. Uma noção de que mulher perde seus atributos propriamente “adultos”, também aparece: “*A mulher regride na hora do parto, volta ser criança, dizem... e é mesmo*”, são frases que escutei por parte das enfermeiras nos *momentos de maior dor expresso pelas parturientes*.

As auxiliares e enfermeiras têm opiniões sobre o andamento do trabalho de parto, e também a percepção sobre os procedimentos mais adequados que nem sempre são similares aos dos médicos, sobretudo no que tange às técnicas mecânicas de alívio, e mesmo, opções de parto. No entanto, diante da decisão médica, estas divergências são silenciadas, pois é função da enfermagem é auxiliar o trabalho e não dividir a responsabilidade do/a médico/a<sup>474</sup>. A tensão estruturante da formação do médico entre saber e sentir<sup>475</sup> pode ser pensada em termos da divisão de trabalho da equipe: cabe aos médicos, sempre, a competência técnica, às enfermeiras e auxiliares, o cuidado afetivo /emocional. Esta tensão envolve também dimensões de gênero e de poder: os médicos sabem, pensam e ordenam, as enfermeiras cuidam, compartilham a dor e operacionalizam as decisões. As tarefas da enfermagem fazem parte de um conjunto hierarquizado, no qual só têm sentido como atividades-meio para um ato-fim, que é o tratamento, este sim, prestigiado, complexo, portador de sentido.<sup>476</sup> A equipe de atendimento está atravessada pela divisão sexual do trabalho, mas também por cisões relativas à classe, que aparecem de forma articulada<sup>477</sup>. Se entre médicos e enfermeiras a divisão se acentua quanto aos papéis de gênero, acredito que

---

<sup>474</sup> Observou-se uma situação diversa do habitual: o médico encaminhara a parturiente a mesa de parto normal, apesar desta ter manifestado curiosidade em conhecer a mesa de cócoras, e enfermeira, buscando minimizar a dificuldade de colocar suas pernas nas perneiras, fala ao médico: “*É por isto que eu prefiro a mesa de cócoras, não tem esta coisa chata aqui (perneiras), fica mais a vontade ...*”(Diário de Campo, novembro/2000)

<sup>475</sup> BONET, Op.cit., p.123-150.

<sup>476</sup> LOPES, M.J. Op.Cit. p.96.

<sup>477</sup> Há uma complexidade na articulação entre pertencimento de classe, formação profissional e gênero, que tem sido observada por pesquisadores em outros contextos, como, por exemplo, M. Rosende que analisa trajetórias de médicos e médicas, mostrando que “*les rapports sociaux de classe participent à la construction des categories de sexe*” (cf. ROSENDE, M. La division du travail chez les medecins. In: Travail des hommes, travail des femmes: le mur invisible.. *Cahiers du Genre* n 32. Paris: L’Harmattan, 2002, p. 25-43

a dimensão de classe é o principal fator que diferencia auxiliares ou técnicas dos demais profissionais, ainda que sobre esses recaia a maior parte dos cuidados com as parturientes em termos de tempo dispendido.

No entanto, há que se registrar que existe um espaço intersticial de autonomia, muitas vezes pequenas iniciativas e intervenções sendo o que faz a diferença para as parturientes. Quando se referem ao atendimento recebido, quase sempre referem-se a equipe de enfermagem, com quem mantiveram um contato mais próximo e contínuo. Natália, por exemplo, no dia seguinte ao parto, observa:

*Eu não agüentava mais, já estava querendo uma cesárea, quando chegou aquela mulher, aquele anjo, colocou as mãos nas minhas costas, falou aquelas coisas boas, massageou meus ombros... Aquilo me deu uma força para continuar mais um tempão, foi demais, me deu uma força imensa...não sei como teria sido se não fosse ela ter pintado( Soraia, professora, HU)*

O apoio prestado à Soraia pela auxiliar foi sentido por ela como decisivo no alívio da dor e ela recorre ao termo aquele anjo, de forma similar a que é usada pelo Parto Humanizado para referir-se às parteiras, sugerindo que as auxiliares podem ocupar simbolicamente o lugar da parteira, na medida em que atuam ajudando ou auxiliando as parturientes sem intervir – no caso do hospital, elas não podem fazê-lo em função da divisão do trabalho.

Muitas auxiliares colocam-se francamente ao lado das parturientes, aproveitando seu espaço e tempo de cuidado para dar suas próprias orientações e opiniões quanto ao trabalho de parto e parto às parturientes. Em vários momentos, elas flexibilizam rotinas, orientam em termos de técnicas mecânicas de alívio, trazem depoimentos importantes sobre experiências de outras mulheres com os tipos de parto (muitas delas sendo francamente “propagandistas” do parto de cócoras), trazendo argumentos facilmente aceitos pela mulher e acompanhante, porque não excessivamente técnicos, mas calcados em experiências cotidianas e num saber empírico, quando não de uma maior proximidade cultural propriamente dita. É o caso de Santana, uma das mais animadas auxiliares, que faz um trabalho de tradutora dos termos e argumentos médicos em prol do parto de cócoras a linguagem cotidiana compreendida facilmente pelas parturientes.

Se considerarmos que o suporte emocional e as técnicas mecânicas de alívio da dor facilitam o trabalho de parto e permitem um real enfrentamento da dor, como sugere o ideário do parto humanizado, não seria inadequado dizer que a enfermagem cumpre um papel fundamental no processo que leva a um parto bem sucedido e prazeroso para a parturiente, tanto nas suas atribuições de cuidadora quanto nas pequenas intervenções e sugestões que pode fazer no seu espaço de atuação.

### **Entre o cotidiano e o extraordinário**

O atendimento na Maternidade, contínuo e instável, mostra diferentes cruzamentos de temporalidades: o tempo é percebido e vivenciado de diferentes maneiras pela equipe (que está numa rotina de trabalho) e pelas pacientes (que estão vivendo um momento extraordinário, fora da rotina).

Para as parturientes e acompanhantes, trata-se de uma suspensão do tempo cotidiano, de inauguração de um tempo extraordinário e subjetivo: a entrada no CO é um momento de ruptura com um estado anterior e as mulheres enfatizam exatamente este tempo que parece congelar no relato de suas sensações e subjetividade.<sup>478</sup> Se o relógio entra em cena, é para contar os intervalos entre as contrações, e quem o faz não será nunca a parturiente, mas o acompanhante ou profissional. Para a equipe de atendimento, o tempo objetivado do relógio está sempre presente: não raro, na sala de parto, há quem lembre do seu horário de saída, de forma explícita, expressando a rotina e a cotidianidade do parto<sup>479</sup>. Às diferentes temporalidades correspondem diferentes espaços: o da ala externa (lugar das parturientes) e o da ala interna (funcionários), correspondem ainda a diferentes significados que o parto terá: se para a equipe uma mulher em trabalho de parto é mais uma paciente entre outras tantas, para cada mulher trata-se do seu parto, um evento que trará desdobramentos radicais em sua vida, uma passagem, enfim.

Como se viu, o trabalho no CO se traduz em tarefas rotineiras, com vistas a atender às pacientes, cumprir horários, trocar roupas, conversar com colegas, lanchar, almoçar,

<sup>478</sup> PIZZINI, F. Women's time, institutional time. In: FRANKENBERG, Ronald (Org.). *Time, health and medicine*. London/New York/New Dehli: Sage Publications, s.d. pg. 68-74.

<sup>479</sup> *Eu tenho que sair às 8, tem que nascer logo!*, esbraveja Shirley à equipe sem preocupar-se em não ser escutada pela 'demorada' parturiente, na sala de parto (Diário de Campo, 8 de março de 2000).

embalar e organizar materiais e medicamentos.<sup>480</sup> As pacientes, ao contrário, ao entrarem na maternidade, suspendem seu cotidiano: deixam de cumprir horários, deixam seus pertences na entrada do CO, não almoçam nem lancham, passam a ser o centro das atenções. Se a equipe em trabalho tem espaços de sociabilidade, as parturientes ficam com uma sociabilidade restrita ao acompanhante e a eventuais contatos com profissionais ou vizinhas de quarto.

A título de exemplo, observa-se na cozinha do CO momentos de intensa sociabilidade entre os diferentes membros da equipe: ao som de uma TV invariavelmente ligada, as auxiliares e enfermeiras costumam fazer “cafés da tarde” bastante fartos, cabendo cada dia a uma delas trazer os alimentos. Em vários horários do dia, uma destas mulheres encarrega-se de passar um café, que é compartilhado por todos, médicos, doutorandos, enfermeiras, auxiliares. Comenta-se programas de televisão, conta-se piadas, fala-se de questões familiares e pessoais. Estes momentos são freqüentemente concomitantes aos momentos em que as parturientes atravessam fases difíceis do trabalho de parto, na Sala de pré-parto

Algumas autoras diferenciam este *tempo do atender* do *tempo de parir*, vendo o primeiro como objetivado, o segundo, altamente subjetivo, mas também o cotidiano da equipe que está em serviço é dinâmico: períodos de extrema calma, por vezes durante horas, podem ser interrompidos bruscamente por partos de tipo expulsivo ou mesmo pela evolução imprevista de mulheres internadas no pré-parto. Ainda que seja possível falar em uma certa previsibilidade dos partos, o inusitado e o imprevisto se mantêm como os grandes causadores de *stress*<sup>481</sup> e tensão na equipe, que rapidamente deve se aprontar para atender a parturiente.

O principal imprevisto, sem dúvida, é a entrada em cena de uma mulher em *período expulsivo*, e não é raro acontecer de a parturiente dar à luz no Pré-parto ou no corredor. Foram observados quatro partos com estas características, sendo que é digno de menção a mínima intervenção médica dada a ausência de tempo hábil, o que proporcionou uma situação onde a mulher teve muita autonomia e poder de decisão. É o caso de Marlene, que chegou no CO anunciando “*vai nascer, vai nascer já*”; sendo rapidamente levada para

---

<sup>480</sup> PIZZINI, F. op.cit.

<sup>481</sup> Brinca-se, nos dias tranquilos é, quando toca a campainha, “*vai atender que é um expulsivo*”, “*agora vamos ver o que é bom*”.

o pré-parto e dali, em poucos segundos para a sala de parto, onde rápida e tranqüilamente, uma médica apara o bebê, que em seguida nasce na cadeira de cócoras. Assistiram ao parto apenas a médica, uma auxiliar e a pediatra, sendo que o candidato à acompanhante ( no caso, o marido) chega como retardatário, após o bebê já ter nascido, carregando o prontuário, a sacolinha de roupas e reclamando da cor rosa do avental. Diante da notícia de que chegara tarde, seu comentário merece registro: *Eu sabia! Essa aí fez de tudo prá chegar em cima da hora, eu bem que avisei, mas ela escuta? Ainda inventa de visitar a mãe antes de vir prá cá!*. Marlene certamente se enquadra no tipo de mulheres que, não querendo permanecer muito tempo no hospital e dispondo de uma dose considerável de confiança em sua capacidade de vivenciar o trabalho de parto longe da equipe, protela voluntariamente a entrada na Maternidade. Forma consciente de resistência, ou estratégica inconsciente de evitar sofrimentos desnecessários, o fato é que tal fenômeno acontece em muitas maternidades. Emily Martin refere-se a este tipo de postura como *non action*, um dos vários tipos de resistência das mulheres às ordens médicas, resultante de uma avaliação meticulosa do que se passaria no hospital e à preferência por estar em sua casa até o último minuto:

*Women themselves may try to reduce the amount of time they spend in the hospital by delayng admitting themselves as long as possible. Explicitly they often understand that this allows a shorter time for their labors to be defined as inefecctive and the baby to be extracted operatively.*<sup>482</sup>

Não podemos mais do que intuir a existência deste tipo de retardo proposital, mas é possível que entre nas *rodas de comadres*, tão malditas pela biomedicina, este tipo de recomendação seja encontrada. Franca Pizzini argumenta que quanto menor o tempo de permanência no hospital e de contato com os procedimentos da equipe médica, melhor é o andamento do trabalho de parto, sendo este recurso muito usado entre as mulheres, que estudou na Itália. Este tipo de atitude é considerada por Emily Martin como formas de resistência das parturiente às regras hospitalares, uma recusa parcial à medicalização, na

---

<sup>482</sup> Esta autora mostra as diferenças entre as mulheres brancas e negras, de classe média e classes trabalhadoras nos Estados Unidos, dentro da Maternidade, traçando um paralelo entre as formas com que são atendidas no momento do parto e as formas de resistência usadas pela classe trabalhadora como diante da opressão do trabalho industrial. Ela cita casos de mulheres que estragam monitores fetais para evitar seu uso pelos médicos, bem como a chegada tardia, formas de resistência que são sugeridas por Guias de Defesa feitos por childbirth activists Cf. MARTIN, Emily . *The women in the body*. Boston, Beacon Books 2001,p 140-185.

medida em que se ocorre à ele nos últimos minutos, diante da inexistência de outras opções para parir: tendo, portanto, conhecimento da violência e, mesmo, de iatrogenia., elas se submetem em termos à medicalização do parto. Interessante registrar que, no HU, observei este tipo de situação entre mulheres de classes populares, e não mulheres de camadas médias, diversamente daquelas analisadas por Martin, que eram vinculadas aos movimentos de mulheres. Estas avaliações são reveladoras não só do conhecimento adquirido em processos anteriores (quando a mulher já teve filhos) como também aponta para as redes sociais através das quais a mulheres trocam experiências, construindo e fortalecendo saberes relativos às vicissitudes do parto. Nas situações observadas em que houve flagrante retardo da entrada, não aconteceram complicações (à exceção do tumulto inicial causado na equipe) nem para a mãe nem para o bebê, e as mulheres mostraram um grau de autonomia e decisão marcadamente superior àquelas que permaneceram por todo o trabalho de parto no CO. Em todos eles, partos bem-sucedidos e fáceis, os membros da equipe parabenizaram a mulher por sua performance: “*parabéns pela valentia*”, ou “*parabéns pelo belo parto*”.

Nos relatos de partos rápidos, aqueles que foram observados em campo e relatados de outras mulheres no AC, as parturientes contam com orgulho e satisfação que ficaram pouco tempo na Maternidade, porque chegaram “*ganhando*”. Dona Maria, acompanhante de sua filha, fala de sua experiência: “*Eu, graças a Deus, sou de chegar e já ganhar*”, sugerindo que para muitas mulheres, uma permanência breve na maternidade seja desejada. A situação já é conhecida da equipe como um *partinho*, aquele que fluiu tranqüilamente e não gerou stress nem para a equipe nem para a mulher- não havendo descompensação nem necessidade de cesariana.<sup>483</sup>

### **O Parto: um clássico ritual de passagem**

Van Gennep foi o primeiro antropólogo refere-se ao parto como um rito de passagem, trazendo exemplos de várias culturas não-ocidentais para caracterizar as

---

<sup>483</sup> Perguntei à Vera, enfermeira obstétrica ativista e simpatizante da antropologia, porque utilizavam este termo *partinho*, em que ocasiões. Ela ficou intrigada primeiro com minha pergunta, depois com o fato de não saber responder prontamente. Depois arrematou: *vocês da antropologia gostam de saber detalhes, nomes essas coisas que a gente diz sem perceber né?*

diferentes etapas que o demarcam desde a etapa de separação até a de reagregação, passando pelo momento liminar, um momento crucial e decisivo vivenciado pela parturiente. Robbie Davis Floyd recorre a essa concepção para analisar o parto hospitalar, mostrando que também neste estão presentes nas etapas do clássico rito de passagem. Aseu ver o ritual médico reforçaria os valores chave da sociedade tecnocrática e industrial: a separação entre corpo e mente, a sujeição da mulher, a priorização dos aparelhos e da tecnologia a despeito de outras formas de assistência que conferem um caráter patológico ao evento. A cesariana seria a forma mais completa de ilustrar estes valores, uma vez que neste caso a mulher se submete a uma cirurgia da qual não participa enquanto sujeito, sendo apenas um objeto nas mãos dos cirurgiões, e todas as etapas do ritual estão carregadas dos símbolos da sociedade tecnocrática. A antropóloga vai além, dizendo que, ao contrário do que se pensa, o parto hospitalar não eliminou os rituais, ritos e crenças, mas, ao contrário, levou a um exacerbamento dos mesmos:

*On the contrary, I suggest that the removal of birth to the hospital has resulted in a proliferation of rituals surrounding this natural physiological event more elaborate than any heretofore known in the 'primitive' world. These rituals, also known as Standard procedures for normal birth", work to effectively convey the core values of american society to birthing women.*<sup>484</sup>

Este argumento de Robbie Davis-Floyd é um dos mais citados pelos pesquisadores e ativistas ligados ao movimento, o que aponta para o quão impactante para os profissionais da saúde é a noção de que a ciência e a medicina são também sistema de crenças. Considerando-se o contexto de fortes embates na categoria médica, e um das suas crenças principais, que é a verdade científica universal, a crítica ao modelo convencional feita pelo ideário ganha força quando argumenta - que muitas das práticas obstétricas repousam em dogmas e crenças, e não nas evidências científicas.<sup>485</sup>

É realmente impossível não pensar no parto hospitalar como um ritual de passagem: o caráter cerimonial e dramático, seu carregado simbolismo, a forma como é vivido por seus participantes, e as bem demarcadas etapas do processo correspondem às etapas

<sup>484</sup> DAVIS-FLOYD, R. *Birth as an american rite of passage*. Berkley, University of California, p 3.

<sup>485</sup> Diniz diz, em resenha sobre este livro: para nós, profissionais da saúde, um dos osbtáculo à compreensão dessas dimensões rituais e simbólicas do parto está na nossa dificuldade de transpor a crença 'religiosa' que temos da racionalidade técnica".(DINIZ,S. Que valores escolhemos nesse ritual? Resenha do livro *Birth as an american birth of passage*. *Revista de Estudos Feministas*. V.10,n.2, Florianópolis, UFSC, p.525.

clássicas de separação/liminaridade e subsequente reagregação, sendo o CO o espaço da separação e o Alojamento Conjunto, espaço onde os novos sujeitos que emergem do parto vão aos poucos de reintegrando ao cotidiano. Se fosse verdade que a sociedade moderna estaria abolindo seus rituais teríamos, ainda assim, no processo do parto, um dos espaços de sua permanência e, quem sabe, de sua sobre-significação.<sup>486</sup> Imbuída do próprio ideário do parto humanizado, onde o que se postula como ideal e normal é o parto vaginal, preferencialmente vertical ou de cócoras, embora a intervenção cirúrgica seja recomendada pela OMS e apoiada pelo movimento desde que haja *razões médicas* (no sentido da medicina baseada em evidências) para tanto, e guarda peculiaridades no momento ritual que a aproximam do ritual dito tecnocrático: maior número de profissionais na equipe, a intervenção cirúrgica propriamente dita, luzes fortes, parturiente e acompanhante fora do campo de visão do parto propriamente dito.

Como já vimos, a entrada no CO é bem demarcada com a troca de vestimentas da mulher e do acompanhante, cabendo à mulher deverá tirar toda roupa e depositá-la num armário com chaves, ao lado de fora da porta de entrada. A bata que recebe- em *cor azul*, que indica risco de contaminação - será a única veste que poderá usar, e que em um determinado momento provavelmente será dispensada. Ao acompanhante, seja marido, mãe ou cunhada, será indicada uma bata *cor de rosa*, motivo de pequenos protestos e piadas por parte dos acompanhantes homens, uma nítida simbologia das cores<sup>487</sup> - e que já sugere que estarmos diante de um ritual de inversão.

O tempo de espera na sala de pré- parto é o tempo da entrada na liminaridade: ali, a mulher e seu/sua acompanhante estarão isolados, e inicialmente tranqüilos, à espera de que as dores aumentem, é um tempo de espera e onde se dá a entrada da mulher- em algum momento de difícil previsão- na liminaridade, quando dores se intensificam, e ela se transforma em função da dor e dos descompassos entre o desejo de acelerar o processo e a

---

<sup>486</sup> A crescente desritualização do noivado e do casamento e a centralidade que o nascimento de um filho adquire na vida dos casais de camadas médias, por exemplo, sugere que o parto adquire um lugar privilegiado na consolidação da família- conforme sugere Tânia Salem, recuperando a noção de casal GRAVIDO. Talvez seja arriscado estender esta observação a todas as camadas sociais, mas este processo parece estar em curso, e fazer-se presente no Centro Obstétrico, cuja estrutura foi pensada a partir deste modelo de família/conjugalidade.

<sup>487</sup> O clássico azul para menino e rosa para menina segue aparecendo como um dos principais significantes do gênero dos bebês.

impossibilidade de controlar totalmente a hora da expulsão. Para Turner e Van Genep<sup>488</sup>, este momento é marcado pela presença de forças contraditórias e incontrolláveis, que precisam ser manipuladas pelos envolvidos. Não há dúvida de que forças fisiológicas orientam este processo - não se sabe em que momento o colo vai dilatar totalmente e o bebê vai entrar no terceiro estágio do parto (*puxo*), e este processo independe do desejo da mulher e mesmo de muitos dos recursos de aceleração que às vezes são ministrados ser ministrados pela equipe. Este é o ápice da dor e/ou do sofrimento, a hora em que se ouve subitamente muita gente invocar Deus, Virgem Maria e outros santos - num ambiente onde não se encontra nenhum signo de religiosidade e onde poucas vezes se escuta falar de deus.

No caso dos partos normais - o que se busca, em última instância, nesta Maternidade- há que se lidar com a tão esperada chegada da dor (prenúncio da proximidade do parto) e com o manejo dela, trazendo a cena a noção de risco, angústia, tensão. Muitas vezes, é neste período em que o médico decide por uma cesárea,<sup>489</sup> e esta decisão vem a controlar as tensões da equipe e, por vezes da parturiente, embora muitas comecem a tremer e a manifestar outro sentimento, em geral compartilhado pelos acompanhantes, que é o medo. Após a decisão pela cesárea, há toda uma movimentação que envolve mudança de sala, chamamento de outros profissionais, preparação dos instrumentos. A mudança de postura diante das expressões da dor e de método, e o estado de descontrole é rapidamente controlado<sup>490</sup>. A cesárea seria a forma mais perfeita de aplacar a dor, por cabo aos suplícios do trabalho de parto antecipando a vinda do bebê, procedimento mais adequado dentro do ritual médico, oferecendo tudo que medicina dispõe (da supressão da dor ao horário previsto), símbolo máximo da medicalização do corpo e da vida. Mas a ideologia da humanização postula que ela retira da mulher sua feminilidade, então, colocando a diante de um dilema: como lidar com a dor (com sua expressão contrária ao que é visto como obrigatória) neste contexto?

---

<sup>488</sup> TURNER, V. *O processo ritual*. Petrópolis, Vozes: 1982 e VAN GENNEP, Arnold. *Os ritos de passagem*.

<sup>489</sup> Não tenho condições em avaliar as decisões tomadas pelos médicos, quanto à necessidade de fazer cesárea, pois haveria que dominar um conhecimento muito específico. Muitas vezes, porém, escutei enfermeiras e doutorandos manifestarem, seu espanto diante da decisão do médico, gerando a sensação de que talvez a indicação fosse controversa, precipitada ou não exatamente pautada pelas tais razões médicas.

<sup>490</sup> Em *A Eficácia Simbólica*, o exemplo usado por Lévi-Strauss é um parto difícil, curado através da encantação do mito de origem do grupo, compartilhado por todos que estão em volta da parturiente pelas parturientes (Cf: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro. 1974).

Nas chamadas situações de *descompensação*, quando a parturiente transcende os limites considerados “normais” de conduta em termos da suportabilidade da dor, estas barreiras são quebradas e por quase todo o CO se escutam os gritos e apelos das mulheres. Não é por acaso que a *descompensação* de uma gestante é tida como altamente perturbador do ambiente de trabalho como um todo, sendo freqüentemente visto como provocador de estresse na equipe e motivo de comentários e reclamações das demais parturientes, sempre preocupadas se aqueles gritos são apenas obra de uma mulher descontrolada ou se estão expressando o seu próprio e inescapável destino.

A entrada na sala de parto, a identificação do tempo que levará para parir é uma incógnita de todo o processo, já que no parto medicalizado atual a maior parte das surpresas já foi eliminada (sexo, desenvolvimento do bebê, peso, altura). Temos aqui claramente definido o processo de separação da vida cotidiana- troca de roupas, desaparecimento de adereços, mudança de papéis, entrada em cena de profissionais devidamente trajados e o ritual da apresentação do CO, após o qual a parturiente é levada à sala de Pré Parto, onde, junto com outras mulheres idêntica situação, passará pela ambigüidade do momento liminar. Quanto mais se desenvolve o trabalho de parto- indicado biologicamente pelo aumento das contrações e dores e pela crescente dilatação, devidamente medidos por pessoas com instrumentos específicos mais a mulher vai entrando em um *estado de alteração de consciência*: as mudanças em seu rosto e na sua conexão com a realidade vão se tornando visíveis, e, se o observador sair por um tempo, ao retornar, serão visíveis as alterações na expressão daquela mesma mulher que estava sorrindo, tranqüila e mantendo o controle do corpo e dos sentimentos. Para Van Gennep trata-se de um estado de ambigüidade: neste momento, a mulher não é nem uma coisa nem outra: nem menina nem mãe, mas um pouco de cada coisa. Elixabete Martinez<sup>491</sup> fala deste corpo como um *cueroo fronterizo*: um corpo que parece imbuído de poder (e está, pois e dele que depende o nascimento do bebê, que ainda está em sua posse) e de fragilidade, pois deixa a *doente* à mercê de sugestões por vezes contrárias ao seu desejo manifesto anteriormente, momento em que é alvo de tentativas de controle não raro também descontroladas de profissionais, é como a *descompensação* da mulher facilmente afetasse o conjunto da equipe e esta se visse

---

<sup>491</sup> MARTINEZ, E. Mujeres gestantes, madres en gestación: metáforas de un cuerpo fronterizo. *Política y Sociedad*, 35, Madrid, 2001, p.97-111.

forçada a adotar medidas rápidas e drásticas para acelerar o parto e aplacar essa angústia<sup>492</sup>. O corpo fronteiriço é um corpo suscetível que não sabe que caminhos irá escolher em seu estado de consciência alterada, chamado por Odent de *momento límbico*<sup>493</sup>, no qual a mulher se distanciaria da cultura e viveria sua animalidade, e entraria em contato com algo muito profundo de sua própria vida pregressa ou algo como “ seu mais profundo interior” ou “ seu feminino ancestral”, segundo a visão dos ativistas. Este é o momento mais delicado, de maior ambigüidade da mulher, a um só tempo poderoso e vulnerável”<sup>494</sup> que se estende até o período pós-parto, o qual a medicina legal chama de estado puerperal-estado delicado, onde a mulher pode perder totalmente a consciência. Segundo termos da Medicina Legal a definição deste estado é consiste em:

Perturbação psíquica, de caráter agudo e transitório que, por influência de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, acomete a parturiente ou puérpera, até então mentalmente sã, afetando seu comportamento e podendo impeli-lo á pratica do infanticídio;(...) começa a instalar-se em geral ao início da parturição, podendo perdurar horas, ou mesmo dias, após a dequitação.(...) Sua exteriorização mais violenta, sob a forma de ação criminoso, costuma ocorrer na fase expulsiva do parto e os primeiro minutos que seguem a fase expulsiva da placenta, justamente quando o feto nasce e encontra-se mais exposto aos eventuais impulsos infanticidas da mãe”.<sup>495</sup>

Outros autores falam de um estado especial, que se aproxima de doenças mentais, mas que é marcadamente transitório e que seria uma decorrência possível do “trauma do parto”. Tratar-se-ia de uma situação *sui generis*, “*não é alienação, não é semi-alienação, mas também não é uma situação normal*”<sup>496</sup>. Em geral atribuído ao puerpério, esse estado de alteração da consciência é visto como tipicamente feminino e ligado ao processo do parto, particularmente quando se trata da primeira gestação:

---

<sup>492</sup> Creio que aqui temos, novamente, a situação observada por Otávio Bonet, sobre o recalçamento do “sentimento” na formação médica, que faz com que as situações de muita dor sejam vistas como perturbadoras. Inevitável pensar também na ausência de escuta neste momento, como se toda a equipe, apesar de trabalharem com partos, e, portanto, com dores de parto, se recusassem a ouvir estas expressões de dor : “ disso não queremos saber”. Quanto mais alto o lugar na hierarquia médica, mais perturbadora parece ser a dor.Cf. BONET, “Saber e sentir: uma etnografia da formação médica.

<sup>493</sup> ODENT, M. *A cientificação do amor*. Florianópolis: Terceira Margem, 2000.

<sup>494</sup> Segundo Davis-Floyd: *...during birth, she is ate the most intensely liminal and sacred- and therefore powerful and vulnerable- phase of the rite* ( Cf. DAVIS-FLOYD,Op.Cit. 21)

<sup>495</sup> MANIF, E. & ZACHARIAS. *Dicionário de Medicina Legal*, São Paulo/Curitiba, Ibrasa/Champagnat, 2ª edição, p.173.

<sup>496</sup> MARANHÃO, O. R. *Curso Básico de Medicina Legal*. 8.ed.São Paulo: Malheiros, p.202-4.

Eu não quero parecer machista, mas o puerpério é impossível, elas ficam de uma maneira, super sensível, aquela coisa de chorar “ai-ai-ai”, aquela coisa irracional, é uma coisa que se tu está fora desse esquema tu acha que a mulher está ... Não é todo mundo, é mais a primípara. A partir do segundo filho ou do terceiro a mulher já está bem diferente. A primípara é um bichinho, uma coisa de cristal, ela fica completamente sensível, e ela fica muito a mercê do ambiente (Antônio, médico, Florianópolis).

Há ainda quem fale da grande susceptibilidade da mulher neste momento sugestões alheias, motivo pelo qual em alguns países ela deve assinar antes do parto um documento onde constaria seu desejo- em pleno juízo- impedindo que, diante do agravamento da dor e do estado “alterado”, ela venha a exigir procedimentos contrários a sua consciência”.

Janet Balaskas, num livro muito lido e apreciado pelas *rehunidas*, coloca que ‘ *Em nenhum momento, o instinto profundo de fêmea fala tão alto, ela se transforma.* <sup>497</sup>

As militantes mais esotéricas do parto humanizado falam do momento ancestral, de uma feminilidade essencial, que aqui – como até a hora do parto em si- estaria em cena, a associam esta essência a uma animalidade primitiva, tese defendida cientificamente por Odent. Na sua opinião, o momento do parto é uma das ocasiões nas quais falam das alterações hormonais, que, à semelhança dos demais mamíferos, fariam da mulher sair das relações sociais e escapar da dimensão simbólica.<sup>498</sup> As explicações são diversas, mas todos etão de acordo em acentuar esta alteração da consciência da mulher - manifesta ou não, ela está presente é e percebida pelo que estação em sua volta. A antropóloga Cecília Mac Callum refere-se a um estado de subjetividade *de toda mulher*,<sup>499</sup> no qual ela entraria em uma desconexão com o que está à sua volta e que deveria ser respeitado enquanto tal. Este estado segue-se até o momento expulsivo, quanto, somente depois de ter ocorrido o parto – a mulher parece readquirir aquela consciência perdida momentaneamente, mas que, em alguns casos, pode prolongar-se por mais alguns dias.

<sup>497</sup> BALASKAS, Janet. *Parto Ativo*. São Paulo: Ground, 1986, p.24.

<sup>498</sup> Cf. ODENT, M Op. Cit.

<sup>499</sup> A bela descrição deste estado alterado de consciência com a qual a autora inicia o texto, aponta para a concepção moderna de subjetividade, comum entre mulheres de camadas médias: interioridade como uma dimensão da Pessoa (inner self/soi-même). (Cf. MC CALLUM, C. *Parto como violência em Salvador*. Salvador, UFBA, 1997.(mimeo)

### **Parto: ritual de inversão**

Se o período do trabalho de parto é inicialmente tranqüilo, podendo a parturiente falar de suas expectativas de forma alegre e descontraída, o aumento das contrações representa mudanças mais drásticas para a mulher. Com o aumento das dores, sinais esperados de que o momento do parto está se aproximando, instaura-se uma segunda temporalidade, sucessora à entrada no CO, que indica o início deste novo tempo. Num parto sem complicações, o ritual segue a dinâmica que passo a descrever:

Quando a parturiente começa a manifestar vontade de fazer uma *força diferente*, para alguém da equipe: uma auxiliar ou enfermeira conversa com ela, e escuta seu relato acerca das sensações corporais. Se ela reconhece estas dores, chama o doutorando, que conversa com ela, fazendo perguntas similares e faz um exame de toque. Em geral, cabe aos doutorandos constatar a abertura do colo do útero, e, se tal fato é confirmado, o médico é chamado. O médico faz as mesmas perguntas sobre sensações corporais, repete o exame de toque e se detectada a dilatação total, anuncia que a mulher deve ser levada à sala de parto.<sup>500</sup>

Após este anúncio, o médico sai do quarto, seguido dos doutorando/as e enfermeira, dirigindo-se para a Sala de Parto pelo corredor interno, enquanto uma ou mais auxiliares e enfermeira preparam a mulher e acompanhante com as indumentárias adequadas, as mesmas que foram colocadas na entrada do CO e que no decorrer do trabalho de parto muitas vezes são deixadas de lado. São colocados adereços específicos (máscara e touca) da Ala Restrita em todas as pessoas que irão para a sala de parto. Assim, seguindo pelo lado oposto ao da equipe médica (corredor interno) a mulher, o/a acompanhante conduzidos pela auxiliar. Já na sala de parto, na qual a equipe se reúne e médicos e doutorandos colocam *aventais azuis*,<sup>501</sup> de mangas compridas, sempre colocadas com o auxílio das auxiliares.

---

<sup>500</sup> Esta seria uma situação próxima ao que se chama de negociação da dor, um processo no qual paciente relata suas sensações corporais aos curadores (nem sempre apenas um) e vão sendo interpretados os sentidos da doença, construindo-se um processo intersubjetivo de legitimação da dor relatada por aqueles que compõem o grupo de apoio das doentes.

<sup>501</sup> Se o azul vem a indicar os que estão na liminaridade, então aqui temos médicos/doutorandos e parturientes num mesmo patamar, e o marido- apesar da sua couvade- será, neste momento, parte fora do jogo principal. Médico e parturiente – responsáveis pelo bom termo do bebê estão de azul, as enfermeiras auxiliares e acompanhantes, de rosa. Não seria que, à hora do parto hospitalar, a conjugalidade (e a posse do corpo da mulher) se desloca ocasionalmente do corpo do marido para o corpo do médico ?

A cor azul indica risco de contaminação, sendo a cor dos vários panos que são colocados junto da mesa de parto, um deles para esperar o bebê. São dadas orientações de como utilizar a cadeira de cócoras, se for o caso, e a mesa de parto normal e a mulher, sempre auxiliada por alguém da equipe, logo estará pronta para iniciar o processo de *expulsão* do bebê. Neste momento, toda a equipe está a postos, o neonatologista e respectivo doutorando já chegaram, e um silêncio quase absoluto instala-se na sala. Todos os membros da equipe estão diante da mulher, o médico e o doutorando sendo os mais próximos e o/a acompanhante permanecendo ao seu lado, invariavelmente calado/a. Neste tempo de silêncio e de espera, sempre tenso e incerto, pode-se ouvir o *tic-tac* do relógio de parede, gritos e gemidos da mulher e nada mais. Diálogos curtos e sem intervenções dos demais se estabelecem entre médico e parturiente, ou, às vezes, entre esta e uma enfermeira/auxiliar. Tanto na cadeira de cócoras quanto na mesa de parto normal, a cena que é assistida por todos é o baixo corporal da mulher, olhares atentos estão concentrados em sua vulva e vagina, aguardando a vinda do bebê. Não fossem as diferentes posturas corporais e as cores diferenciadas dos aventais desta platéia, seria visto apenas um conjunto de pares de olhos todos atentos e firmes, por entre toucas e máscaras, à espera da derradeira força que faça o bebê nascer.

O momento de dar à luz depende apenas do esforço da mãe e do bebê. Se até então – e desde a revelação daquela gravidez – a mulher foi alvo de prescrições, conselhos, receitas, exames, cursos e ensinamentos diversos, aqui ela está além deste arsenal pedagógico, e muitas vezes são esquecidas as lições arduamente apreendidas ao longo da gestação.

Médicos e enfermeiras podem auxiliar neste trabalho, sugerindo respirações, concentração, economia de gritos e *pensamento positivo*, mas a mulher é, neste momento, inquestionavelmente, a *atriz principal*, como dizem alguns profissionais do HU. Se existe um momento em que a hierarquia e as diferenças entre usuárias e equipe desaparecem, e se inverte o comando do médico e posição da mulher, certamente é este momento. É como se desaparecessem diferenças entre equipe (tal qual observado na cozinha), diante da forte presença da parturiente, que, mesmo em estado liminar, é quem agora comanda o espetáculo. Quando a equipe interfere, o faz com cautela absoluta, procurando respeitar os movimentos, gritos e temporalidade da mulher, entre a expectativa e a angústia de ver

finalmente o bebê. Este fato depende apenas da mulher: a equipe já não pode mais controlar nem dirigir – resignada a *assistir* o parto.

Ao médico caberá anunciar ao grupo – já acrescido do pediatra, que foi chamado no setor de neonatologia – a visão dos cabelos do bebê se aproximando da saída do canal do parto, anúncio que quase sempre gera uma aproximação cautelosa dos demais membros da equipe e algumas palavras de incentivo, ante a proximidade da *última força* a ser feita. Os olhos atentos e o silêncio absoluto parecem efetivamente congelar o tempo. Se anteriormente todos os elementos do ritual médico expressavam a sujeição da mulher à medicina- sua arquitetura, seus instrumentos, sua hierarquia, seu saber – parece que aqui também tudo desaparece. Pouco importa que tenha calado ou gritado lá fora, que tenha sido *picada, entubada* ou nada disso, que tenha o marido ou ninguém ao seu lado: é esta mulher a protagonista do parto.

Finalmente nasce o bebê, que em geral chora e será saudado por isto; escutam-se exclamações e suspiros de alívio; ele é levado às vezes diretamente ao colo da mãe enquanto o umbigo é cortado, às vezes pelo médico, às vezes pelo acompanhante. Aos poucos, a platéia se desfaz e a equipe começa a movimentar-se, uma profusão de sons e barulhos invade o ambiente, passos, batidas de tesouras e equipamentos metálicos, cumprimentos, freqüentemente, exclamações freqüentes e emocionadas da mãe e acompanhante, a respeito do filho ou da filha.

O momento do parto (a almejada *boa hora*) é um momento único, no qual parece fazer sentido o postulado dos nativos de que a *mulher se empodera no parto* se lhe forem dadas as possibilidades de exercer este poder. O parto vertical na sala de parto 2, onde está a cadeira de cócoras, é o rito de passagem mais perfeito, chamado parto *de livro*, mas ele também pode ser observado de forma atenuada, mas concreta, nos partos normais que acontecem na mesa convencional.

Se uma operação cesareana cuja indicação não é rotineira nem tampouco *eletiva* nesta Maternidade – pode ser vista como o ritual de passagem, confirmador da medicalização dos corpos femininos e do parto e emblema da sociedade tecnológica, violenta e patriarcal, o parto vertical, dito humanizado que descrevi aqui não poderia ser visto como um ritual de inversão?

Creio que numa sociedade altamente medicalizada, a mesma que leva muitos (mulheres e médicos) a optar pelo parto cirúrgico, a introdução de elementos não-medicalizados e de uma concepção positiva da mulher (de seu corpo, de suas dinâmicas, de suas escolhas) pode ser vista como um momento de inversão, quando as mulheres assumem – temporariamente – um poder.<sup>502</sup> O poder de parir (e de gestar), é celebrado como um poder generificado e sexuado que, em outras esferas, proporciona desigualdades e violência. Momento de empoderamento do qual muito se fala no âmbito do movimento que está em questão aqui. Se estamos diante de uma sociedade ainda marcada pelo peso da herança patriarcal mesmo entre *casais ditos igualitários*, o parto aparece como sendo o momento no qual as mulheres detém um poder – talvez relativo, talvez provisório, talvez secundário – mas, de toda forma, poder. Daí a noção nativa corrente de que no parto humanizado a mulher se *empodera*, de uma maneira similar à que acontece no carnaval brasileiro, quando os pobres tomariam provisória e simbolicamente o lugar das elites.<sup>503</sup>

Mas, assim como no carnaval, em que pobres viram reis e ricos viram platéia, os festejos de inversão também conhecem sua quarta-feira de cinzas: não será exagero afirmar que antes mesmo da saída da maternidade, para aquelas menos comportadas, a sensação de fim-de-festa também se manifestará.

O período expulsivo (o segundo estágio do trabalho de parto<sup>504</sup>) colocou a mulher no centro das atenções, eliminou diferenças e direcionou todas as energias para o alumbramento daquela mulher: por instantes vive-se um momento de igualdade fugaz porém intenso de *communitas*, na sala de parto. No entanto, tão logo o bebê tenha nascido, retoma-se o fluxo do cotidiano hospitalar e instaura-se um período de separação de ambas

---

<sup>502</sup> Há registro de alguns casos bons para pensar sobre este empoderamento justamente nesta hora (da expulsão do bebê) em contextos hospitalares. São indígenas que buscam a assistência médica nos últimos momentos, indo até a Maternidade, mas insistem veementemente em dar à luz em posições verticalizadas, fora da mesa. As índias de São Gabriel da Cachoeira, relatadas por Menezes Bastos, por exemplo, ou as bolivianas que vivem em Buenos Aires ou em Tucumán, das quais escutamos relatos orais, que não se rendem às regras hospitalares, a não ser abaixo de violência. Elas não abrem mão das técnicas corporais que sua cultura lhes inscreveu no corpo e na memória.

<sup>503</sup> DA MATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis*. Petrópolis: Vozes, 1984.

<sup>504</sup> Segundo a OMS, são três os estágios do trabalho de parto: o primeiro, o pré-parto, período das contrações e da dilatação gradual do colo do útero; o segundo, o período em que a mulher sente o famoso puxo involuntário, que a faz saber quando é chegada a hora do bebê nascer (chamado de expulsivo) e o terceiro estágio, no qual ocorre a expulsão da placenta (dequitação). Brasil. Ministério da Saúde. Maternidade Segura, 1996.

as partes: família e assistentes, cada qual retornando pouco a pouco às suas atividades, ritmos, papéis e dinâmicas próprias.

O retorno da equipe às suas funções profissionais é muito rápido: em poucos minutos, uma nova divisão de trabalho se instaura, enfermeiras e pediatra cuidarão do recém-nascido na própria sala de parto, enquanto médico e doutorando cuidarão exclusivamente da mulher. Neste momento, o sexo, as condições de saúde, o peso e altura do bebê são alvo de atenções do acompanhante e da mãe, sendo o horário do nascimento do bebê invariavelmente lembrado nos relatos do pós-parto, a partir do registro da equipe, que marca a hora exata do parto junto aos demais dados do recém-nascido(RN). Simultaneamente a equipe médica cuidará da mulher, extraíndo a placenta e fazendo a sutura, caso tenha havido laceração ou episiotomia. A expulsão da placenta é um ponto delicado do parto e, embora o acompanhante, a mãe, e o restante da equipe estejam voltado para o recém-nascido, os médicos manterão suas atenções no baixo corporal da mulher. Seu campo de trabalho segue o mesmo e requererá um laborioso trabalho, solicitando auxílio da mulher, já na posição deitada, que precisa fazer força para completar a expulsão da placenta.

Após os primeiros cuidados com o bebê, a enfermeira ou pediatra entrega-o à mãe, instruindo-a quanto à forma de pegá-lo ao iniciar a amamentação. Depois de um tempo deste contato, no qual nem sempre o bebê consegue mamar, o acompanhante será convidado a dirigir-se com as enfermeiras e bebê à sala ao lado, onde será dado o primeiro banho e preenchida sua ficha de identificação. Aos poucos a sala de parto vai-se esvaziando, permanecendo apenas a parturiente, o médico e o doutorando. A movimentação habitual retorna ao restante do centro obstétrico, que ficara até então vazio e silencioso, e logo o CO retoma sua dinâmica habitual.

O retorno à condição cotidiana da mulher – epicentro do ritual até este momento – está apenas se iniciando aqui: passará logo a seguir pela sala de recuperação e será concluída no Alojamento Conjunto. Ao longo deste processo- etapa do rito de passagem- o protagonismo do processo será modificado, assumindo o bebê a posição central. As *mães de primeira viagem* (primíparas) certamente vivenciam o ritual do parto de forma mais dramática do que as mulheres que já tiveram filhos, dado o fato do ritual demarcar a passagem de mulher à mãe. No entanto, escutei relatos de mulheres que tinham vivenciado

partos cirúrgicos antes do parto *humanizado* de cócoras que viam nesta última experiência sensações especiais, atribuindo a este um papel mais importante.

### **Do centro obstétrico ao alojamento conjunto: reagregação/recuperação**

Depois de ser alvo de cuidados, testes e registros, o bebê voltará aos braços da mãe sendo acompanhado pelo acompanhante- que agora passa a acompanhar duas pessoas (mãe e filho). A família será levada por uma auxiliar de enfermagem ao Alojamento Conjunto, que se situa um pouco distante do CO, entre o setor de ginecologia e a ala de Pediatria, próximo às escadas que ligam os diversos andares. Neste alojamento, além de cinco quartos coletivos com quatro leitos cada, existe o chamado *hotelzinho*, quarto destinado às mães cujos filhos tiveram que receber cuidados especiais, sobretudo os prematuros. Nestes casos, as mães que já saíram do hospital vem visitar os filhos e amamentá-los em vários momentos do dia. Estes cuidados fazem parte do Programa Mãe Canguru, que é desempenhado pelas mães, mas também pais das crianças, dentro da proposta de fortalecer o vínculo afetivo via contato *pele-a-pele*, tido como altamente eficaz no avanço do desenvolvimento destes bebês. Mães e pais podem ser vistos no AC com seus bebês prematuros, lembrando efetivamente os marsupiais (cangurus), inspiradores do Método. Há poltronas (de escritório) para que os acompanhantes pernoitem junto das mulheres e recém-nascido, que também ficam ao lado da cama da mãe, mas muitas vezes durante as noite encontramos estes acompanhantes assistindo programas na televisão instalada no corredor. A permanência no AC é marcada por atenções da equipe relativas ao restabelecimento das mães, aos cuidados com bebês e à educação para a amamentação.

A etapa de reagregação, parte do rito de passagem, se dará lentamente neste cenário, onde a permanência dependerá de dois fatores: saúde do bebê e boa recuperação da mãe, ambos ligados diretamente ao sucesso da amamentação. Muitos relatos e observações mostram que quando há dúvidas quanto ao estabelecimento de um vínculo efetivo com a amamentação, a equipe fará até o impossível na busca de infindáveis recursos que a viabilizem, só havendo alta do par mãe-filho quando, no entender da equipe, esta estiver bem encaminhada.

Para as mulheres que tiveram parto normal, a alta é concedida em 48 horas, e quanto às que foram submetidas ao parto cirúrgico, em 72 horas.<sup>505</sup> O período de estada no Alojamento Conjunto é marcado pela presença de visitas, no horário vespertino, pelas entradas e saídas dos acompanhantes (que muitas vezes saem durante o dia e retornam à noite, sobretudo quando se trata dos maridos/companheiros), pelo atendimento das enfermeiras e auxiliares, pelas visitas dos médicos e doutorandos. As mães e acompanhantes, bem como as mulheres que estão em observação por serem *gestantes de alto risco*, quando no mesmo quarto, costumam estabelecer conversas entre si, muitas vezes envolvendo os acompanhantes. O choro freqüente das crianças e o atendimento dos funcionários é motivo de observações específicas, sobretudo quando num mesmo quarto juntam-se pessoas/famílias pertencentes ao mesmo *ethos*. Há muitas mulheres que permanecem sem acompanhantes no AC, quase sempre de grupos populares. Chama atenção a animada sociabilidade que predomina durante o período diurno no AC, ao contrário do período noturno, onde há mais pessoas (muitos acompanhantes vem apenas passar a noite), porém, mais silêncio.<sup>506</sup> Esta sociabilidade lembra bastante a situação observada por Claudia Fonseca na Maternidade Flaubert, na qual as mulheres criavam territórios próprios para trocar informações, conversar e descansar.

Como ritual de passagem, o parto leva à transformação das pessoas envolvidas: a mulher torna-se mãe, o homem torna-se pai e o bebê torna-se pessoa ou filho. Van Gennep já apontava para esta transformação que ocorre para seus participantes através do Ritual, e tal idéia é recuperada pelas estudiosas ligadas à humanização: “*In a sense, the birth process creates not just one but four new social members: the new baby, the woman who is reborn into de the new social role of mother, the man reborn father – and the new family unit they form.*”<sup>507</sup>

Tal transformação é também apontada por Marisa Monticelli,<sup>508</sup> quando assinala as reconfigurações no parentesco e as mudanças entre o casal, que, com o nascimento do filho,

---

<sup>505</sup> Aqui, há algumas exceções: quando a mulher dá baixa no AC entre 20 e 24 horas do dia, o cálculo é feito a partir do horário seguinte, de forma que neste caso, a permanência é prolongada.

<sup>507</sup> DAVIS-FLOYD, R. op. cit, p.38.

<sup>508</sup> MONTICELLI, M. op. cit.

se transforma em uma família,<sup>509</sup> fato observado em vários estudos sobre classes populares e comum entre populações agrícola-pesqueiras de Florianópolis, caracterizando-se claramente este que é um dos aspectos do ritual de passagem: a transformação dos papéis sociais e identidades das pessoas envolvidas.

### **Um modelo para parir: técnicas corporais e estética do parto**

Em *As Técnicas Corporais*, Marcel Mauss<sup>510</sup> argumenta que o corpo é um instrumento sobre o qual as sociedades fazem-se valer, ainda que os três elementos (biológico, psicológico e social) estejam indissolúvelmente misturados; Mauss chama atenção para a imbricação dos elementos biológicos e simbólicos na construção e nos usos do corpo, os quais são diferenciados conforme o sexo. Assim, as meninas deveriam caminhar de determinada forma – seja por imitação, seja por ação pedagógica – já que para ele fisiologia, psicologia e cultura estão imbricadas. Ao enumerar as técnicas do nascimento da obstetrícia, entre as formas de comer, nadar, sentar, exercitar-se, ele cita exemplos de diversas culturas relativas ao parto não só desenvolvidas pelas mães, mas também pelas pessoas que auxiliam nos partos. Importante sublinhar que Mauss destaca o fato de que *o parto normal sobre as costas não é mais normal do que outras técnicas*, como por exemplo, o *normal* das indianas, que costumam dar à luz de pé.<sup>511</sup> Mauss sugere que, em alguns aspectos, a sociedade ocidental tem costumes cujos efeitos seriam nefastos para a saúde, idéia que é recuperada por Lévi-Strauss quando destaca a importância deste texto, e que, de certa forma, está presente na argumentação de Moysés Paciornik, um dos ideólogos do parto de cócoras no Brasil.<sup>512</sup> Em seu conhecido livro, publicado varias vezes desde que foi lançado, seu autor revela-se um crítico contumaz do uso nefasto do corpo pelo ocidente, tributa às mulheres *kaingang* do sul do Brasil uma maior sabedoria no que se refere ao uso de seus corpos, dando destaque para as conseqüências que suas técnicas corporais trazem para a sexualidade, saúde reprodutiva e , portanto, para o parto.

<sup>509</sup> Entre os ilhéus mais antigos que entrevistei em Florianópolis, diz que a mulher que tem filhos *tem família* e a mulher casada sem filhos *não tem família*.

<sup>510</sup> MAUSS, Marcel. *As técnicas corporais*. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1982 (1934)

<sup>512</sup> PACIORNIK, M. *Aprenda a nascer e a viver com os índios*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2002.

Paciornik é bastante lido por um público leigo, mas sua interlocução é com o campo biomédico: é na condição de médico que constrói seus argumentos, embora com vistas a um público leigo. Sua sensibilidade etnográfica para com o modo de vida das índias impulsiona sua visão para as cercanias da noção maussiana das técnicas corporais ao considerar que as posições de parto podem ser aprendidas – e que devemos exercitar nosso corpo diuturnamente, seja através da ginástica *kaigang*, que ele costuma ensinar em suas palestras, seja através de um modelo de vida menos sedentário, menos ocidental, portanto. O (bom) uso do corpo seria, também para ele, uma das pré-condições para um parto bem sucedido, adequado à fisiologia da mulher.

No HU, existe a opção para que as mulheres possam exercer seu direito de escolha quanto a esta posição: a cama convencional (horizontal, com perneiras) e a famosa *cadeirade cócoras do HU*, da qual se escuta falar como um diferencial desta maternidade.<sup>513</sup> Tal cadeira foi adquirida por ocasião da inauguração da Maternidade, e se trata do modelo Sabatino, nome do seu criador, médico e pesquisador da Unicamp, (fundador da Rehuna) que esteve no HU fazendo uma palestra em outubro de 1996, intitulada *Fundamentos Teóricos do Parto Verticalizado*.<sup>514</sup>

Como falamos antes, há duas salas de parto, na primeira havendo apenas a mesa de parto normal, na segunda, três possibilidades: a cadeira de cócoras, a mesa convencional e o equipamento que permite fazer uma cesárea de emergência. Ao lado desta sala, está o Setor de Neonatologia, que pode ser visto através de uma grande vidraça que a separa da sala de parto. Há um grupo considerável de mulheres que escolheu esta Maternidade justamente por ela oferecer a opção de parto de cócoras, sendo que muitas vezes é estabelecida uma associação direta entre parto humanizado e parto de cócoras.

A adesão de vários profissionais ao parto de cócoras é significativa e crescente, tanto por parte de médicos como de enfermeiras. Os médicos mostram-se convencidos pelo argumento de que a posição vertical é a mais adequada por ser fisiológica, e a equipe de

---

<sup>513</sup> A partir de 2003, o hospital adquiriu mais uma cadeira de cócoras- que permite ser posicionada na horizontal, como a já existente, e , por motivos aparentemente conjunturais a mesa tradicional não está mais disponível: foi para o concerto e até hoje não voltou. Em 2004, ambas as mesas são para partos de cócoras, embora possam ser adaptadas para a posição horizontal. Assim, as opções se reduziram a dois tipos de cadeiras verticalizadas: modelo Hugo Sabatino e modelo Paciornik.

<sup>514</sup> A construção de cadeiras para parto parece ser uma preocupação de várias pessoas ligadas a Humanização, em varias ocasiões s escuta que alguém criou algum modelo de cadeira para parto vertical.

enfermagem traduz esta versão para a linguagem cotidiana, comunicando-a às parturientes e acompanhantes como sendo a posição que aproveita a força da gravidade. Este argumento é bem aceito pela grande maioria das mulheres que não conheciam esta modalidade, mas que tinham preferência pelo parto normal e para quem faz sentido explicar que o bebê deve seguir a força da gravidade. Acredito que também o fato de pertencerem a um universo social no qual o parto de cócoras é valorizado, os médicos também passam a ver com outros olhos – apesar de sua formação – as propostas alternativas, pois além de médicos, são pessoas cujos circuitos de sociabilidade, parentesco e afeto são os mesmos das mulheres *da universidade*, que o HU atende. Cristiana Bastos, no mencionado estudo sobre SIDA, sublinha a importância que teve na sensibilização dos médicos, despreparados para a novidade de uma epidemia recente, o fato de muitos pacientes serem *gente como eles*, situação que teria contribuído para a neutralização do preconceito e estigma acerca dos infectados pelo vírus.<sup>515</sup>

O número de partos verticais têm sido mensurado por profissionais identificados com o ideário do parto humanizado, e seu aumento constatado desde a fundação da Maternidade: em 1996, 5,5% dos partos foram verticais, enquanto que em 1997, este número subiu para 21,3%, e em 1999, para 28,30%.

Dos 27 casos observados, 9 foram partos cirúrgicos, e os restantes normais e verticais (de cócoras). Nove destas mulheres já vieram ao HU com a escolha prévia pelo parto de cócoras, embora; destes, três resultaram em cesárea, contrariando suas expectativa e escolha. Sete mulheres não sabiam da possibilidade de escolher, ao tomarem contato com a opção de cócoras na visita ao CO ou após este momento, escolheram o parto vertical, a partir de informações oferecidas pela equipe e apoio do acompanhante.

Em geral, se associa parto humanizado como sendo apenas o parto de cócoras. Em mesma pensava desta forma, até que comecei a prestar mais atenção nesta associação tão linear, que era feita em campo: no CO, após ter divulgado meus propósitos de estudar o parto humanizado, vários profissionais vinham me avisar, quando eu chegava” *Tu perdeste um parto que era prá ti! De cócoras, perfeito!!*” Ou “*Corre, vem logo que tá rolando ali um dos que tu gostas*”. Ou ainda: *Este parto é dos que te interessam*”, sempre associando o

---

<sup>515</sup> “De uma forma antes desconhecida, a problemática do paciente repercutia-se na identidade do médico. Poderia ser meu pai, meu irmão, eu próprio, diziam alguns. A idade, a origem social, o fato de serem sexualmente ativos, tudo aproximava pacientes de médicos” (Cf. BASTOS, C.op.cit., p.169)

parto humanizado com parto de cócoras. Mesmo que a cesárea seja chancelada pelo movimento, desde que sua indicação seja baseada em *evidências*, o que predomina no imaginário da REHUNA é o parto vaginal vertical, associado em geral à posição de cócoras.

Creio ser adequado falar que mudar de posição simboliza uma postura ativa e ativa da parturiente. A associação do parto humanizado com o parto vertical não é casual: parece ser tributária do ideário do parto sem dor e do parto natural. Particularmente na literatura naturalista e contra-cultural do parto, a posição da mulher para dar à luz é vista como emblemática do lugar da mulher no evento e na cultura: o parto medicalizado, horizontal, supõe uma mulher submissa, objeto da intervenção médica. A postura horizontal e a colocação de pernas na mesa do parto é representativa da subjugação da mulher, e da imagem do parto como um verdadeiro *campo de batalha* entre poderes médicos, masculinos, e mulheres leigas.<sup>516</sup> O parto de cócoras, ou vertical, sinalizaria uma retomada de poder feminino, mas também, em algumas versões, um retorno à natureza, a um instinto selvagem, a uma forma menos socializada de parir.<sup>517</sup> A noção de empoderamento ou de poder de decisão da mulher sobre seu corpo, traz como corolário, no ideário do movimento, a idéia de que mudar de posição (da horizontal para a vertical) metaforiza o empoderamento. Contrariando a tradicional imagem da mulher que dá a luz sob uma cama, deitada e à mercê da intervenção médica, a imagem mais recorrente nos materiais do movimento é a de uma mulher em posições verticais.

Emily Martin se refere ao processo de valorização deste tipo de postura como *criação de uma nova imagem do parto*, peça importante no estabelecimento de um modelo considerado como natural de parir.<sup>518</sup> Uma estética do parto e a construção de um *lindo ou belo parto* permeia o conjunto de materiais visuais do movimento, como também no contexto da Maternidade Flaubert, ao qual foi atribuído o sugestivo termo belo parto.<sup>519</sup> Ligada a esta, há também uma estetização das mães, fortemente associada ao padrão

<sup>516</sup> DINIZ, C. S.G. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: *A vitrine da humanização do parto em São Paulo: Textos de apoio*. São Paulo, 1999 (mimeo).

<sup>517</sup> Nesta literatura, onde constam livros e manuais, o exemplo de sociedades não-ocidentais é utilizado com frequência: índias brasileiras, indianas, holandesas, sociedades orientais me geral.

<sup>518</sup> MARTIN, E. op. cit., 156

<sup>519</sup> FONSECA, C. *Anatomia de uma maternidade*. Porto Alegre, PPGAS, 1997(mimeo)

hegemônico de beleza, que reponta nas imagens produzidas pela literatura nativa, como vimos no capítulo III.

Estudos feitos entre populações indígenas mostram quanto as posições verticalizadas são preferidas pelas mulheres, mesmo quando estas buscam assistência hospitalar. As índias *tukano*, por exemplo, costumam descer da mesa obstétricas no momento expulsivo e parir de cócoras ou sentadas num banco.<sup>520</sup> As pressões para darem a luz de forma horizontal, sem poder escolher a posição, eram apontadas pelas mulheres inuit como um desconforto suficientemente forte para que relutassem em dar à luz nos hospitais, juntamente com o sentimento de solidão e do confinamento.<sup>521</sup> Relatos orais também escutei acerca desta *preservação da posição cultural de parir*,<sup>522</sup> que, uma vez interiorizada e incorporada, se expressaria como natural ou intuitiva.

Para as mulheres de classes médias identificadas com o ideário do parto humanizado, a forma de parir tem grande importância, sendo um dos motivos da opção pelo HU. O parto de cócoras aparece para estas mulheres como um ponto central, como nos diz Júlia, uma parturiente de camadas médias que entrevistei, dois anos após seu parto: “Quando eu soube que tinha a tal cadeira, decidi: vai ser no HU de qualquer jeito”(Júlia, psicóloga, Florianópolis). Também é o que relata Cibele sobre sua busca de um modelo alternativo de parir, quando da confirmação de sua gravidez:

Passei a gravidez toda lendo livros sobre parto, e eram mulheres parindo no mediterrâneo, no Caribe, sabe, pulando árvore, o filho nascendo igual uma índia ... então assim né, eu queria o naturalismo maior possível porque eu achava o ato mais natural, era o ato de parir. Porque eu queria parir em casa fazendo *ohm* ou cantando ... né, aí acabar de parir o leite já jorrar (risos) o bico já maravilhoso, pronto, (risos) né, nossa, eu tinha esse encantamento com a gestação, então eu achava que a gestação ia ser a minha realização como mulher, como ser humano, que eu ia compreender tudo, tinha esse romantismo (Cibele, música, Florianópolis)

Artista, letrada e cosmopolita, uma típica mulher alternativa da Ilha, Cibele preparou-se para o parto durante toda a gravidez, junto com seu companheiro: buscou informações e testemunhos de parto nos livros sobre gravidez e parto, mostrou seu fascínio

<sup>520</sup> BASTOS, Maria Gorete Menezes, op. cit., p.112.

<sup>521</sup> O'NEIL, J. & KAUFERT, P. The politics of obstetric care: The inuit experience. *Births and power*. Boulder, San Francisco & London: Westview Press. 1990, p. 53-68.

<sup>522</sup> BASTOS, op.cit.

gerado pelos *partos vindos de longe*, assinalando um exotismo que é valorizado neste grupo.

No entanto, nos itinerários gestacionais e nos planos de parto, o imprevisto e o imponderável se fazem sentir, como por exemplo na impossibilidade fazer um parto de cócoras e, sobretudo quanto é indicada uma cirurgia, esta é sempre referida como um fracasso. “*Ela não conseguiu ter de cócoras*”, lamenta um acompanhante cuja mulher fizera todo o curso de gestantes do HU, e por problemas cardíacos observados no bebê, teve de fazer uma cirurgia.

Na condição de ideário, o parto humanizado celebra um determinado modelo de mulher e de parto e, em que pese a positividade que esta celebração representa num contexto no qual as mulheres são – ainda hoje- vistas como ‘objeto solitário da intervenção médica- há que se considerar o peso do modelo sobre aquelas mulheres que – por motivos diversos – não possam adequar-se a ele. No entanto, acompanhando os debates e atualizações do *site amigasdo parto* nos dois últimos anos, observei que apareceram alguns depoimentos e questionamentos de mulheres que fizeram cesarianas, aos quais as “amigas” respondiam como não sendo contrárias à cirurgia, mas apenas quando necessária e desde que as mulheres soubessem dos seus reais riscos:

Nosso *site* recebeu duas mensagens interessantes este ano, ambas anônimas e de mulheres dizendo que preferiam cesáreas e que sentiam injustiçadas pelo conteúdo do *site amigas do parto*. Gostaríamos de deixar claro que não somos anti-cesáreas! *Achamos que a cesárea é um dos mais importantes avanços da obstetrícia*. Cesáreas salvam vidas de mães e de bebês. Também não temos nada contra mulheres que optam por cesáreas. *Esta opção é individual*, mas deve ser feita depois que as mulheres têm todas as informações a mão. Pensar que a cesárea é sinônimo de parto sem dor e que parto normal e sinônimo de sofrimento são os dois caminhos mais equivocados e comuns em direção a uma cesárea por opção.<sup>523</sup>  
(grifos meus)

Num dos eventos organizados pelo grupo local sobre o tema, tal questão veio à tona novamente, acirrando o debate após a veemência com que Moisés Paciornik afirmou que o parto não-natural traria problemas sérios para a vida sexual das mulheres, de forma indireta atribuindo às outras formas de dar à luz (cesareana, parto com episiotomia, etc), pontos a

<sup>523</sup> Editorial do [www.amigasdo parto.com.br](http://www.amigasdo parto.com.br), fevereiro do 2003.

menos na performance sexual das mulheres.

Para as mulheres das classes populares observadas no HU, a forma do parto não assume a centralidade que este tem na carreira sexual e reprodutiva da mulher, e nem o parto de cócoras nem a amamentação são vistos como deveres cruciais. É somente para as mulheres adeptas do ideário humanizado – as alternativas, as esotéricas, as de camadas médias – que os insucessos e imprevistos neste sentido contam pontos negativos na sua feminilidade/maternidade. Para estas mulheres, o parto de cócoras é um ideal a ser atingido, um signo da mulher valente ou da boa parideira: daí as leituras e a dedicação à preparação para o parto (cursos, pré-natal) e a reflexão sobre as possibilidades de escolha para o ritual. No entanto, nem sempre este desejo resulta em sucesso: muitas vezes, a adepta do *belo parto* vê-se diante da urgência de uma cesárea indicada na última hora, experiência que resulta invariavelmente em expressões de frustração e incapacidade. Isto é vivenciado de forma distinta pelas mulheres de classes populares, onde o recurso à cesárea apenas é malvisto em função do medo e da desconfiança da cirurgia<sup>524</sup> e, em alguns casos, pelas dificuldades que acarreta no pós-parto.

O ideário da humanização inclui, portanto, uma estética do parto, um modelo para parir e um modelo para nascer, tal qual aquele forjado nos últimos anos também para a morte,<sup>525</sup> e, no caso do parto, o lado sombrio será a sua não-realização, a sua incompletude, significando a incapacidade da mulher, como o depoimento abaixo:

Durante o curso, era proibido o “se”, por exemplo. “Ah, o melhor é amamentar 6 meses, mas ‘se’ você tem uma mastite, mas “se” você tem uma depressão pós-parto, mas ‘se’ você ... os caminhos negativos eles não eram explorados no curso da mesma forma que os caminhos positivos, ninguém me falou o que era eclâmpsia, por exemplo. Então assim, cresce ainda mais a expectativa pro parto natural. Enche-se de esperança, de que todo mundo é capaz. (Cibele, música, Florianópolis)

Revés do belo parto, a cesárea é vista e sentida como um fracasso a ser lamentado, um grande não-dito que – excluído do rol de possibilidades no processo de preparação para o *grand finale* – se impõe como uma dura realidade, a qual, subitamente, a mulher precisa

<sup>524</sup> O temor de intervenções cirúrgicas aparece em expressões como: *passar a faca, cortar a pessoa, ir para o açougue*, que aponta para uma noção de intervenção e violência .

<sup>525</sup> Segundo Rachel Menezes, a construção de um modelo para morrer (uma estética da morte), muito similar à preocupação em nascer de uma forma bonita está relacionada com a radicalização da ideologia individualista, que faz com que a pessoa seja um sujeito de direitos e de escolhas durante toda a vida e até no seu ritual de separação definitivo do mundo dos vivos (Cf. MENEZES, R. *Um modelo para morrer. Gramado, 23 Reunião Brasileira de Antropologia*, 2002)

elaborar. Observações similares aparecem também nas etnografias feitas por Fonseca (1997) na França e por Mac Callum (1997) na Bahia, sugerindo que a dimensão do desejo e da escolha do tipo de parto - já restrito, já fugaz – tem paradoxos e limites. As mulheres que compartilham do ideário, sofrem por não terem vivenciado o parto que haviam imaginado ou planejado, isso sem falar daquelas que porventura não compartilhem ou mesmo se oponham a esses valores, como vimos em apenas um caso, como relatado mais ao final do capítulo.

Este tipo de preocupação é pouco comum entre as mulheres de classes populares, que parecem menos preocupadas com sua performance no momento do parto, em geral escolhem parto normal, convencional, quando chegam ao CO dizendo que já o conhecem. No entanto, se no momento do parto houver certa insistência por parte da equipe para que experimentem o parto de cócoras, alegando para o fato de ser “mais rápido”, costumam acatar a sugestão. O caso de Maria Paula é exemplar neste sentido: escolhera o parto normal quando da visitação ao CO: no momento do parto, sob recomendações do médicos e apoio da equipe, pergunta: “*Qual o mais rápido*”? Diante da resposta unânime da equipe de que seria o de cócoras, acata prontamente e, depois, declara ter sido uma boa experiência, mas sem maiores comentários. ao contrário das mulheres de classes populares cuja maior fonte de informações e troca de experiência segue sendo o *círculo de comadre*. Às minhas indagações acerca de seu grau de satisfação diante do serviço, no CO, poucas mulheres responderam tendo em mente o tipo de parto; a maioria associou bom atendimento ao tratamento interpessoal recebido e ao fato de terem sido acompanhadas por alguém da família.<sup>526</sup>

---

<sup>526</sup> Em uma das visitas à Maternidade Leila Diniz, observei um grupo de mulheres em torno de uma amiga que recém recebera alta. Os comentários sobre o tipo de atendimento prestado não incluíam o tipo de parto; o fato de ter sido cesárea não fazia parte dos critérios do grupo, que giravam em torno do bom tratamento recebido da equipe, tanto para a mãe quanto para o bebê.

## Alguém para dividir a dor: o/a acompanhante

*Uma parturiente deve ser acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sintam à vontade: seu parceiro, sua amiga, uma doula ou enfermeira-obstétrica.*<sup>527</sup>

A recomendação de que a mulher tenha acompanhante(s) em seu trabalho de parto e parto percorre toda a literatura do parto humanizado, e faz parte do Documento Guia Prático-Maternidade Segura, como vimos acima.

A antropóloga Brigitte Jordan propõe um modelo analítico para pensar o parto em uma perspectiva *cross-cultural*,<sup>528</sup> no qual deveriam ser considerados quatro pontos: quem assiste o parto, em que local, como (com quais instrumentos) e finalmente quem acompanha o parto. Fora do hospital, a atribuição de ajudar ou acompanhar o parto parece ter sido prioritariamente das mulheres, embora em casos de partos laboriosos os homens tenham se feito presentes. Ainda que de forma coadjuvante, ocupam lugares complementares e auxiliares. Mas, também, nos casos que as parteiras ou ajudantes consideram necessária a intervenção de especialistas hierarquicamente superiores, como o caso dos xamãs e pajés, dos quais é bastante conhecido o exemplo do povo *cuna*, recuperado por Lévi- Strauss, entre outros.<sup>529</sup>

Estudos e iniciativas acerca da questão do acompanhante têm marcado a história da humanização da assistência ao parto no mundo. Expulsa da sala de parto pela clínica médica, eis que agora, no contexto de uma humanização, a família é chamada de volta a ocupar um lugar ao lado da parturiente. Entretanto, cabe lembrar que, no caso de Santa Catarina, e creio que o mesmo ocorra algo similar em outras regiões do Brasil – a *solidão do parto* não data de muitas décadas atrás: é o que relata dona Zulmira, parteira diplomada que trabalhou na Maternidade Carlos Corrêa, entre os anos 60 e 80:<sup>530</sup>

No começo, todo mundo queria entrar, e a gente deixava, que era costume, mas depois... foi ficando complicado, aquele monte de gente querendo dar palpite. Falei com outras pessoas, já tinha gente achando

<sup>527</sup> Brasil. Maternidade Segura: *Assistência ao parto normal: Um Guia Prático* Brasília, OMS, Ministério da Saúde, 1996, p.13

<sup>528</sup> JORDAN, B. op cit.

<sup>529</sup> LÉVI-STRAUSS, C. OP. cit., p.215-36.

<sup>530</sup> Entrevista feita em 1998, como parte de outra pesquisa Cf. TORNQUIST, C. e BRIGNOL, J. *Mães em Novas mãos: o processo de medicalização do parto em Florianópolis*. Florianópolis, UDESC, 1998, mimeo.

muito chato tanta intervenção, aquela multidão em volta da gente, então, conseguimos tirar eles da sala de parto. Foi um alívio para nós.”( Dona Zulmira, parteira diplomada, Florianópolis)

Este relato, além de chamar atenção para o costume de haver mais pessoas na hora do parto em torno da parturiente, mostra que a decisão de afastar os familiares não foi da mulher e derivaria de uma necessidade da equipe , tendo em vista as condições de trabalho dentro do hospital e a transformação do parto em assunto esotérico, circunscrito aos profissionais da área médica.

Entre as mulheres piro, grupo indígena estudado por Elvira Bellaúde, o costume de dar à luz sozinhas não é malvisto pelas pessoas, é visto como normal e até desejável. Mas as indígenas não estão no hospital, elas dão à luz em suas comunidades, não se entregam a um corpo médico que não raro as trata como objetos ou como incapazes. Em grupos camponeses de diversas regiões do mundo, são comuns as memórias de mulheres que deram à luz sós, quando tinham ido trabalhar na roça, buscar água no rio ou mesmo quando em casa, sozinhas. As escravas brasileiras, muitas delas parteiras se suas sinhás e demais escravas, não raro davam à luz sozinhas, conhecedoras que eram dos segredos do nascimento. Nas histórias recentes recolhidas entre as parteiras do norte de Minas, vários casos similares foram contados. Em todos os casos, eram vistos como *narrativas* dignas de serem contadas, exceções reveladoras da facilidade que pode ser o ato de parir, conforme vimos no capítulo V.

Nas sociedades medicalizadas, a solidão no momento do parto tem sido vista de outra maneira, como mostram vários estudos com grupos populares e em maternidades públicas. Maria Teresa Britto e Alves traz, em um de seus estudos sobre assistência ao parto, em São Luís do Maranhão, as referências das usuárias quanto à solidão no momento do parto: as mulheres reclamam sobretudo de serem *largadas* no Centro Obstétrico sem ninguém, verdadeiras estranhas num ninho de profissionais desconhecidos, formais, impessoais, distantes da sua vida familiar. Assim também as mulheres *innuit*, anteriormente citadas, que associavam o parto hospitalar a uma situação de confinamento e ruptura com as tradições que incluíam relações de parentesco.<sup>531</sup> Lucila Scavone, em estudo feito, também, nesta região, recupera os depoimentos de mulheres que preferiam dar à luz em

---

<sup>531</sup> O’NEIL, J.; KAUFERT, P. op. cit.

casa, vista como mais acolhedora e adequada do que o hospital, um lugar onde se encontram sós e muitas vezes escutam xingamentos.<sup>532</sup> Situações similares foram observadas por Cecília Mac Callum,<sup>533</sup> em uma maternidade pública baiana, chamando atenção para a experiência da solidão, pelas mulheres – particularmente as negras e pobres – que vão dar à luz. Atravessar um momento difícil sem ninguém conhecido para apoiar é um dos fortes sentimentos que compõem as representações que gestantes primíparas de Juiz de Fora, entrevistadas por Betânia Alves. Para elas, o medo do parto vem sempre acompanhado da imagem da solidão.

Como vimos no capítulo anterior, no Canadá, as tentativas de integração das comunidades *innuit* à sociedade nacional também através do sistema de saúde e assistência ao parto, levou a uma forte desestruturação das redes de reciprocidade: parteiras, ajudantes e parentes envolvido num parto estabeleciam vínculos e relacionamentos, e a remoção do nascimento para dentro de hospitais situados fora das comunidades trouxe conseqüências para este circuito de relações, o que remete também à questão da separação da parturiente de seu contexto social.<sup>534</sup>

Mas atualmente existem instituições que permitem que alguém acompanhe a mulher, e já temos alguns dados bons para pensar sobre esta recuperação da personagem do acompanhante na cena do parto, agora, reduzida a uma vaga dentro do hospital. No Rio de Janeiro, um estudo quantitativo feito na Maternidade Leila Diniz pela médica e ativista Rosa Maria Domingues, concluiu que a possibilidade de haver acompanhante era um dos fatores de grande apreço das usuárias, e que era, quase sempre, utilizado pelas mulheres. Sua análise comparou partos com ou sem acompanhante, não sem estabelecer parâmetros entre classes; sabe-se que essa instituição atende a uma região homogênea na pobreza e precariedade de vida, mas provavelmente com heterogeneidades relativas à procedência, etnia e religião de seus moradores. A conclusão deste estudo afina-se com os estudos da Iniciativa Cochrane e os argumentos da OMS, quais sejam, a correlação entre presença de acompanhante e melhoria nos índices de saúde perinatal. Ainda que tenham mudado de condição (de anfitriões passaram ao lugar de hóspedes), os acompanhantes têm sido cada

---

<sup>532</sup> SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. In: *Cadernos de pesquisa n. 54*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 1985, p. 37-50.

<sup>533</sup> MAC CALLUM, C. op.cit.

<sup>534</sup> O'NEIL, J; KAUFERT, P. op. cit.

vez mais presenças importantes no momento do parto, embora também aí existam diferenças entre expectativas das equipes de saúde e as formas culturais com as quais as diversas usuárias vêem o assunto.

Na maternidade Flaubert, na França, cuja clientela é composta por um número expressivo de mulheres migrantes, camponesas e pobres, Cláudia Fonseca observa que há uma verdadeira falta de comunicação neste sentido: a equipe – a insistir na presença do pai, e algumas mulheres não vendo sentido em sua presença naquele momento. Isto não significa não terem ritos próprios, mas antes, de que mesmo dentro da maternidade há manifestação de outras práticas culturais: “Uma norte-africana me explica como ela respondeu à parteira que lhe perguntava se o marido não ia participar do parto: eu falei pra ele: preciso trabalhar. Se meu marido estiver presente, não vou poder me concentrar. Então, a parteira ficou com os olhos deste tamanho, ah, é? (referindo-se ao trabalho de parto como trabalho exclusivamente da mulher).”<sup>535</sup>

No México, tanto em Yucatán<sup>536</sup> quanto na região dos Chiapas, os ajudantes (*helpers*) que são chamados para o parto – feito em casa – são em geral os maridos, mas também outras mulheres das relações da parturiente. O grupo tradicional de apoio ao parto, que era feminino, vem gradativamente, incorporando ou mesmo sendo substituído pela presença dos maridos/companheiros, fruto das mudanças na organização familiar, mas, também, em função das orientações dos próprios treinamentos de parteiras mais recentemente empreendidos.

Na Casa de Parto da Favela Monte Azul onde trabalhava Ângela Gerhke era possível entrar até mesmo mais de um acompanhante no parto, sendo que entre os casais de camadas médias o pai costumava estar presente, enquanto que entre as moradoras da Favela eram prioritariamente escolhidas mulheres amigas ou da rede de parentesco (mãe, irmãs, cunhada, e até mesmo sogra). A presença significativa de amigas é vista pela autora como ligada ao fato de o bairro ser ocupado por migrantes recentes, nos quais as redes de amizade são tão ou mais importantes que as de parentesco.<sup>537</sup>

---

<sup>535</sup> FONSECA, C. op cit.

<sup>536</sup> JORDAN, B. op cit.; BONALS e GORDILLO. O Trabalho das parteiras em comunidades indígenas mexicanas. In: COSTA, A.; AMADO, T. (Org) *Alternativas Escassas: Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Editora 34, 1994.

<sup>537</sup> HOTIMSKI, S.N.op.cit.

No Brasil, existe legislação recente que trata do acompanhante na hora do parto: no Rio de Janeiro, por exemplo, uma portaria da Secretaria de Saúde de 1998, instituiu o direito de escolha da mulher nas seis maternidades do município. Esta portaria foi feita à luz da experiência bem sucedida da Maternidade Leila Diniz e do trabalho de profissionais da Rehuna- o mesmo grupo que idealizou a Maternidade.

Em São Paulo, há uma lei estadual que garante o direito do pai acompanhar a mulher no pré parto e no parto, mas há dificuldades em transformá-la efetivamente em direito da mulher.<sup>538</sup> O Estatuto da Criança e do Adolescente garante também à adolescente gestante o direito de ser acompanhada por alguém da família, mas o entendimento é que a escolha seja feita pelos pais da parturiente, restringindo, portanto, o direito de escolha da adolescente(mãe).<sup>539</sup>

Em Santa Catarina, foi elaborada entre 2001-2002 a Lei 12 .133 /2002, a partir de iniciativa do Grupo Local, garantindo o direito da mulher escolher para todo o processo do parto um acompanhante, lei que serviu de modelo à Lei Federal 195/2003, aprovada pelo Senado em dezembro do mesmo ano,<sup>540</sup> estando em 2004 ainda em fase de regulamentação.<sup>541</sup>

Na Argentina, sabe-se que a prefeitura da Cidade de Buenos Aires instituiu, em 2003, uma legislação garantindo *el derecho de un acompañante de la elección de la mujer*<sup>542</sup> para o trabalho de parto e parto, exemplo que parece estar estimulando outras regiões a incorporarem tal rotina como direito de cidadania e dever da instituição.

Como se vê, todas estas leis falam do direito das mulheres escolher alguém que as acompanhe, não necessariamente o pai da criança. Se considerarmos que as propostas destas leis foram todas elas – à exceção do caso de São Paulo, que são mais genérico – encaminhadas pelo movimento de humanização local, e por pessoas que atuam na rede de

<sup>538</sup> ALVARENGA, M.; HOTIMSKI, S. Um acompanhante na hora do parto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC v.10, n.2, 2002. p. 461-482.

<sup>539</sup> BRASIL. Prefeitura Municipal de Florianópolis. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Artigo 12, cap.I, Título II (Dos Direitos Fundamentais), 1995, p.12.

<sup>540</sup> A mesma deputada estadual que encaminhou a lei em Santa Catarina elegeu-se senadora, e encaminhou o Projeto de Lei 195/2003, similar à Lei Estadual.

<sup>541</sup> Cabe lembrar que na rede particular de saúde a presença de acompanhante é mais comum, em função da lógica própria que norteia a assistência neste sistema.

<sup>542</sup> BUENOS AIRES. Ley n 1040; Sanción 12/06/2003 Publicación Decreto 945 del 07/07/2003 (Fonte: Creavida: 2003).

saúde pública, a resposta é clara: no cotidiano das mulheres que dão à luz, existe uma variedade de escolhas que não se esgotam na figura paterna, ainda que este seja um dos acompanhantes mais escolhidos, sobretudo em alguns setores da população.

No HU este direito está institucionalizado desde sua abertura: a mulher tem direito a um acompanhante de sua *livre escolha*, e é um dos pontos destacados pelas usuárias como um diferencial desta maternidade, um dos principais motivos da sua opção.<sup>543</sup>

Na maioria das vezes, o acompanhante cumpre um papel importante, reconhecido e estimulado pela equipe, que é o de dar suporte emocional à mulher em trabalho de parto. Pode-se dizer que sua presença é mesmo incentivada pela equipe, notadamente a enfermagem. Em várias ocasiões, ele é estimulado a participar ativamente, massageando as costas da mulher, auxiliando-a a caminhar e tomar banho e a subir ou descer da cama. Na sala de parto, esta atuação é menor, porém não inexistente, particularmente após o nascimento do bebê, quando são chamados ora a aproximar-se do berço, ora a levá-lo ao colo da mãe, após os primeiros cuidados, ou ainda, a acompanhá-lo à sala de neonatologia, para acompanhar o primeiro banho e realizar outros procedimentos de rotina. Também no AC, espera-se do acompanhante apoio e auxílio nas tarefas ligadas à amamentação, sobretudo quando a mulher tem dificuldades no processo.

Entre os partos observados nesta pesquisa, havia dez de casais de classe médias, em sua maioria identificados com o ideário do casal grávido<sup>544</sup>. É entre os casais de classes médias que é costume a intenção de registrar fotograficamente o parto, tarefa que cabe ao acompanhante. Em geral, ele solicita que alguém da equipe o faça, incluindo fotos do momento da expulsão do bebê, do bebê ainda com o cordão umbilical e do bebê no peito da mãe. Mesmo nos partos cirúrgicos, o desejo de fotografar o evento é evidente, e a equipe sempre permite que alguém bata as fotos para o pai, sem que ele precise sair do lado da

<sup>543</sup> Até 2000, era a única da região em que era institucionalizada este direito. A partir de 2002, outras maternidades foram adotando-o e, paralelamente à tramitação – ainda não implementada de todo, foi se espalhando pelo estado.

<sup>544</sup> A categoria *casal grávido* faria parte de um *ethos* individualista-igualitário, na linha de argumentação de Louis Dumont, encontrado em classes médias urbanas intelectualizadas no Brasil. A díade marido-mulher, ao planificar a vinda de um filho, e constituir-se efetivamente uma família nuclear moderna, inclui neste processo o embaralhamento de papéis, buscando desconstruir a tradicional divisão do trabalho doméstico e identidade de gênero. Daí, a idéia de que tanto mulher quanto marido estão igualmente grávidos, e, portanto, dividirão de forma igualitária os cuidados com os filhos desde o momento da gestação Cf. SALEM, Tânia. *Sobre o casal...*

mulher. Este ênfase no registro do parto é expressão de uma centralidade do momento do nascimento como início de uma trajetória biográfica do bebê. Em todos os casos analisados, o sexo do bebê é conhecido e o nome já está definido antes do parto, reforçando a idéia de que o feto já é uma pessoa com sua individualidade.<sup>545</sup>

Igualmente, neste contexto, o pai acompanha todo o processo, desde a chegada na maternidade, até à saída da mulher com o bebê. Em apenas uma das situações observadas, o companheiro ausentou-se no período do pós-parto, ou seja, do alojamento conjunto de forma efetiva. A participação durante todo o processo de estada da mulher na maternidade é constante entre estes casais, demarcando continuidade do acompanhamento, ainda que durante o puerpério haja uma relativa descontinuidade, os pais saindo durante o dia para fazer outras atividades fora dali, retornando somente para passar a noite, mas assumindo, incentivado pela equipe, os cuidados com o bebê.

Já para as mulheres oriundas das classes populares, o acompanhante escolhido nem sempre é o pai do bebê, sendo com freqüência escolhida como acompanhante uma outra mulher da rede de parentesco: mãe, cunhada, irmã, e, eventualmente, uma amiga. Do universo de vinte e sete casos observados na pesquisa, e considerando as 18 mulheres de classes populares, há um número considerável de acompanhantes mulheres(11), embora também encontremos a presença dos companheiros (7 casos). No caso dos sete acompanhantes homens, observamos que 5 eram casais oriundos de áreas rurais da Ilha, o que poderia indicar um diferencial entre grupos populares urbanos e rurais quanto à maior familiaridade com o evento, já que o processo de medicalização do parto é ainda bastante recente para as famílias do interior da Ilha.

As mulheres acompanhantes costumam permanecer durante todo o pré-parto e o parto, demonstrando dúvida quanto a acompanhar os partos cirúrgicos, se for o caso. No Alojamento Conjunto, não costumam permanecer todo tempo nem pernoitar com tanta freqüência quanto os acompanhantes homens de classes médias. Dos casos em que o acompanhante é o parceiro, observa-se também que sua presença não é contínua, havendo

---

<sup>545</sup> As diferentes formas de conceber o feto, o bebê e mesmo o embrião têm trazido à cena importantes estudos antropológicos, permitindo relativizar sobremaneira a noção de pessoa, seja na comparação com outras concepções culturais não-ocidentais, seja entre as diferentes classes e grupos sociais euro-americanos. Discussões similares têm se travado nos embates das novas tecnologias da reprodução, onde se discutem as questões ligadas à ética, parentesco, gênero, e têm trazido instigantes materiais para a reflexão. GROSSI, M et al. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.

por vezes trocar de lugar com outra mulher da rede de parentesco. Em varias ocasiões, o companheiro permanece um certo tempo do pré-parto com a mulher, e depois, se ausenta, alegando ter de ir buscar a “sacolinha de roupas” do bebê em casa, ou cumprir com alguma tarefa ligada ao trabalho. Vários homens deste grupo afirmaram não gostar de assistir partos, muito menos cesareanas, e que acham que os médicos vão cuidar bebê e de sua mulher. Raríssimos são os casos, nesta classe social, de se pretender fotografar o evento, como também são mais freqüentes os casos de não haver conhecimento prévio do sexo do bebê, embora as opções de nomeação para menino ou menina já estejam colocadas.

Mostrando-se bastante sensível às dificuldades do cotidiano das famílias, não é raro que a equipe de enfermagem flexibilize regras ligadas ao acompanhante. Em várias ocasiões, foi permitida a substituição (a princípio, proibida) do acompanhante. Estes pequenos atos podem ser vistos como espécie de solidariedade de classe, inconsciente e simbólica, na qual particularmente as auxiliares de enfermagem, em geral mulheres de classes populares, sabendo o que significa um homem desertar de seu esperado papel de *pai cuidador*, fazem uso de seus pequenos porém cruciais poderes, permitindo que ele seja substituído por uma mulher da rede de parentesco. São ocasiões em que se vê concretamente a filosofia da maternidade ser colocada em prática (que fala em *flexibilizar rotinas quando necessário*), visando o bem-estar da mulher e do bebê. Atribuo esta flexibilização e solidariedade, sobretudo, a uma identidade de classe que existe entre as mulheres de camadas populares e as auxiliares de enfermagem, que se articula com uma identidade de gênero, mas que é mais ampla do que esta.

Um bom exemplo é o de Dona Maria, acompanhante de Cristina, que abdicou de seu direito de acompanhante, passando o *cetno* para Wilson, que, acuado, resistiu até o último momento em assumir seu posto nesta espécie de *serviço militar obrigatório do casal grávido*. Vista como uma aliada da equipe- adepta do *pai acompanhante* – Dona Maria passa-lhe a bata cor-de-rosa, despedindo-se das auxiliares, que se mostram bem –satisfeitas com sua decisão de última hora: *É bom mesmo que eles (\* homens) vejam o que sofre uma mulher, é bom porque ai vão ter que respeitar uma mulher!!!*.

Outro exemplo a ser destacado foi-me relatado por Dona Ida, auxiliar experiente que trabalha também em outra importante Maternidade da região. Certa tarde ela me chama para *contar um segredo*, após atenta observação de meu comportamento durante alguns

dias. *‘Eu acho que eu sei umas coisas que tu ias gostar de saber...’*, e diante da minha aprovação, ela põe-se a revelar algumas clandestinidades que comete, voluntária e conscientemente, nesta outra maternidade, considerada pelo Grupo Local como pouco permeável à humanização, na qual, naquela ocasião não se permitia o acesso do acompanhante.

Lá eles não deixam o pai assistir o parto, mas aí mandam a mulher fazer uma cesárea e ele sem poder acompanhar, o cara vai ter que voltar para casa e só no outro dia, depois do trabalho, é que vai voltar para a Maternidade. O homem tá apavorado porque é uma operação, né, cesárea é operação, não tem essa, dá medo, e mulher apavorada, primeiro filho. Ele até poderia ficar ali for esperando, *mas o último ônibus saía à meia noite*, como é que ele ia passar a noite ali? Eu deixei de saber, tu sabes o que eu fiz – *mandei ele botar um avental e uma touca e deixei ele entrar na sala de cirurgia, quem é que ia perceber mais um encarapuçado no meio daquele povo todo?* E ele encarou, assistiu tudo e ainda deu o dedo mindinho, ele só falava nisso, que aquele dedo que a mulher segurou como se fosse tudo o que tinha, tinha sido a glória, entendeu? Depois ele me agradeceu, que tinha podido dar o dedinho pra mulher sem ninguém ver!! Foi feliz da vida pra casa, ainda conseguiu pegar o ônibus! Só de estar junto, ver como era a tal operação e ainda apoiado a mulher, com aquele dedinho!!

Tu achas que eu ia fingir que não tava vendo?? Pensa bem, *aqui no HU a gente luta para mulher ter alguém, como eu vou chegar lá e esquecer do que a gente faz aqui?* (Ida, auxiliar de enfermagem, Florianópolis). grifos meus

Além de ser uma pessoa de extrema sensibilidade e de saber muito bem como era o cotidiano daquele casal (certamente por compartilhar deste modo de vida), Dona Ida é também exemplo típico daquilo que os ativistas observam no processo de mudança que uma instituição inicia: a participação dos funcionários e usuárias na nova experiência é levada para outros lugares, tendo um efeito multiplicador. Ainda que segurar o dedo do marido na hora da cesárea esteja certamente longe de um parto efetivamente humanizado, a sensibilidade e o conhecimento da realidade daquela família contribuiu para humanizar aquele evento que seria, talvez, muito mais dramático e solitário. Dona Ida, neste momento, fez *aqueelas pequenas coisas que transformam o mundo*.<sup>546</sup> Do ponto de vista do Parto Humanizado, ela teria um papel importante no processo de convencimento e multiplicação da humanização da assistência .

<sup>546</sup> Expressão utilizada por Alberto Groisman, comunicação oral, Florianópolis, 2003.

No HU, apoios como o que foi descrito, às vezes muito mais que a escolha do tipo de parto e o acesso às rotinas humanizadoras, costuma ser lembrado pela mulher no pós-parto, englobando os na categoria bom atendimento das “enfermeiras”,<sup>547</sup> . Possivelmente daí decorre a idéia de que humanizar a assistência é sobretudo aquecer as relações humanas (equipe- paciente), uma idéia bastante comum entre as usuárias, sobretudo aquelas que costumeiramente recebem maus tratos e humilhações por parte dos serviços públicos , que são as oriundas das camadas populares.

A troca de acompanhante revela a capacidade de flexibilizar rotinas diante do bem-estar das usuárias, e tem garantido o direito formal de escolha do acompanhante por parte da mulher. Mas há uma representação hegemônica que é compartilhada pela equipe: o acompanhante ideal, sem dúvida, é o pai da criança. Dele se espera que acompanhe todos os passos do processo do parto, e esta concepção dominante espalha-se em várias dimensões: nos cartazes que decoram a Maternidade, nos documentos que orientam as práticas humanizadoras que circulam entre a equipe, na dinâmica e na concepção mesma do curso de preparação para o parto, dirigido às gestantes e aos *casais grávidos*. O cartaz abaixo é uma das estratégias de divulgação da equipe, e encontra-se permanentemente afixado nos corredores da Maternidade e ambulatório de ginecologia e pediatria do Hospital:

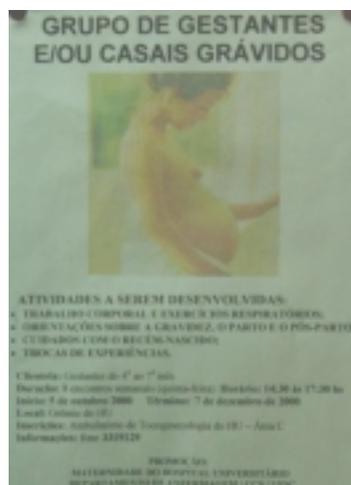


Figura 12 – Cartaz no interior do HU

<sup>547</sup> Para as pacientes, não há diferença entre auxiliares e enfermeiras, todas as mulheres da equipe (à exceção das médicas) sendo vistas como enfermeiras. Também os doutores e doutorandos são vistos todos como médicos.

A figura do acompanhante homem, pai da criança, coloca em plena sintonia as famílias de classe médias com a expectativa da instituição, expressa no projeto da Maternidade: “na atenção à saúde da mãe, recém-nascido e família, na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação.”<sup>548</sup>



Figura 13- Cartaz no interior do HU

Nas falas cotidianas, tanto dentro do Hospital, quanto no Grupo Local, chama atenção a redução da idéia de acompanhante da escolha da mulher à figura do *acompanhante (homem)*, embora, em função da noção de flexibilização das rotinas e da sensibilidade da equipe, a entrada de outras acompanhantes seja freqüente.<sup>549</sup>

Um caso exemplar de flexibilização da rotina e expectativa de acompanhamento por parte do pai é o de Silvana: sua mãe substitui o marido que vai buscar a sacola de roupas do bebê em casa. Eles moravam bastante longe, sendo que o trabalho de parto estava avançado e apresentava complicações. A enfermeira pergunta várias vezes se o pai da criança já chegou, lembrando que ele poderia entrar assim que começasse a operação. A busca da “sacolinha de roupas”<sup>550</sup> é uma alegação comum de acompanhantes que, apesar de

<sup>548</sup> Florianópolis. Maternidade do hospital universitário, Relatório de atividades da comissão.1992. p.5.

<sup>549</sup> O processo de discussão para a Lei do Acompanhante, pelo Grupo Local, foi extremamente profícuo para perceber o quanto, sobretudo na cabeça dos profissionais de saúde e, mais ainda, quando estes são homens, o acompanhante ideal é o homem, o que é amplamente confirmado pela vasta literatura nativa, incluindo vídeos, folhetos, cartilhas, depoimentos. Claro está que se trata do plano normativo, idealizado, o que nem sempre é visto como o mais adequado no plano concreto, cotidiano, pelas mesmas pessoas.

<sup>550</sup> *Sacolinha* é a bolsa ou mala que contém as primeiras roupas e fraldas do bebê, que costuma ser preparada com certa antecedência pelas mulheres, como uma ritualização para o nascimento do bebê. Nas revistas para grávidas, é uma das recomendações comuns (deixar preparada a mala com roupas pessoais e a sacola de roupas do bebê com certa antecedência. As mulheres da Ilha de SC, entrevistadas por mim, entre 98 e 99, referem-se também aos preparativos para o parto, sinalizando sua aproximação, embora composto de outros materiais- lençol, tesoura, azeite, fraldas, incluindo na preparação ritual os elementos para o parto)

renderem-se ao dever de acompanhar a esposa, não sossegam enquanto não conseguem dele desertar. Foram várias as situações observadas em que a tal sacolinha ‘salvou’ maridos e mulheres de uma indesejada participação na hora do parto, coisa que definitivamente não é *para homens*. Quando um pai não utiliza seu direito (que pode ser visto como seu revés: o dever) de acompanhar o parto, são feitos vários comentários pela equipe, sobretudo após o nascimento do bebê, que não deixam de sublinhar esta ausência na forma de piadas e chacotas, como essas: “*Diz pro teu marido que ele é um frouxo, não vir assistir um parto lindo destes*”, ou ainda “*teu marido fugiu da raia, é?*” Ou: “*O pai ficou com medo de ver o filho nascer, é?*” A metáfora do parto humanizado como um *serviço militar obrigatório*, no caso, também para os acompanhantes homens, conforme sugiro no capítulo IV, parece adequada para pensar nestes casos.

O medo do pai é sublinhado, por vezes, mesmo quando ele assiste ao parto: “*este aqui ficou branco, quase desmaiou*”, ou ainda, “*você ficou com medo, hein?*”

Num caso observado, o marido chegou após o nascimento porque, tendo a mulher chegado à Maternidade no período expulsivo, ele foi tratar da internação no andar abaixo, enquanto ela entrava no CO e minutos depois, dava à luz. Ao retornar ao CO, o pai mostrou-se aliviado ao ver que o filho já havia nascido: “*Ah, graças a Deus já aconteceu tudo o que tinha que acontecer!*”

Em outro caso, o marido desistiu de permanecer com a mulher durante o trabalho de parto, e foi substituído pela cunhada(irmã da esposa). Apesar de várias tentativas desta em trazê-lo de volta ao CO, ele não entrou a não ser após o parto; quando chega, acontece o seguinte diálogo com a doutoranda de plantão:

- Estava fugindo , então?
- Ah, eu tava, eu tenho síndrome de hospital.
- (entre risos) Ah, síndrome, é?
- É, eu sofro de síndrome de pânico de hospital.

Nesses casos, as mulheres não esperavam que os companheiros assistissem ao parto. Manifestando estranheza quanto à excessiva preocupação da equipe com a presença do marido, Lisiane, em dado momento, justifica a covardia *do marido* à equipe porque ela mesma não insiste para que o marido entre: “*Ele não ia agüentar, deixa ele esperando lá fora.*”

Ou Ana, que diante da pergunta da equipe sobre a ausência do marido, explica tranqüilamente: ‘-Ah, ele veio me trazer e depois que nascer vem nos buscar. Muito tempo depois, diante da não chegada do marido, ela solicita à equipe que deixe sua mãe entrar como acompanhante, alegando que o parto *não era coisa para homem*.

Muitas mulheres não compartilham da idéia de que o marido deva acompanhá-las na hora do parto, pelo menos dentro do Centro Obstétrico, embora eles cumpram com outras tarefas ligadas ao evento que dizem respeito a transporte e comunicação (levar e buscar da maternidade, muitas vezes tarefa difícil quando não se dispõe de carro próprio, e avisar os parentes e registrar o bebê no cartório). As ausências ou não-valorização do pai tem que ver também com as condições concretas de trabalho a que estes são submetidos (são pedreiros, carpinteiros, vigias, frentistas, comerciários) e não gozam das vantagens dos homens de classes médias (profissionais liberais, ou assalariados do serviço público), que tem maior flexibilidade de horários de trabalho e ao mesmo tempo, uma maior compreensão entre seus pares acerca da importância do nascimento do filho.<sup>551</sup>

Entre as acompanhantes mulheres, nos casos analisados, está quase sempre uma mulher da rede de parentesco, destacando-se a mãe (5 casos), a cunhada(2) e a irmã(2). Esta hierarquia de preferências assemelha-se muito àquelas registradas, ao longo de anos, na favela Monte Azul,<sup>552</sup> em São Paulo. Os casos que as mães acompanham são reveladores do peso dado à sua opinião quanto ao trabalho de parto e à escolha do tipo de parto, havendo explicitamente pedido de aconselhamento por parte das parturientes: *Mãe, qual que tu acha que é melhor?*, pergunta Maria quando lhe solicitam informar qual o tipo de parto que prefere. A mãe responde: “*ah, filha, eu tô achando que este de cócoras aí, parece bom, porque o bebê tem que descer mesmo..*

Estas mães oscilam entre compartilhar a dor com as filhas, afirmando: *Tu estás indo bem é assim mesmo,,* mas também expressam a tensão que sentem diante das dores das

---

<sup>551</sup> Estou trabalhando aqui com a concepção de classe social no sentido de experiência, na qual a noção de experiência permite articular os condicionantes (e não determinantes) materiais de uma situação social com os elementos simbólicos que sempre estão presentes. Neste sentido, nos aproximamos da concepção de Bourdieu sobre condição de classe, na qual o plano do simbólico seria uma duplicação da posição de classe, e na qual entrariam os valores considerados como legítimos e signos da distinção entre as diferentes condições. No caso, o pai grávido aparece como um elemento de distinção e de classificação. (cf. BOURDIEU, P. *A economia...op.cit.*)

<sup>552</sup> Os dados desta pequena amostra (HU) fazem eco ao estudo feito na ACOMA, no qual a antropóloga Sônia Hotimski trabalhou com uma grande amostragem estatística e ao longo de vários anos. (Cf. HOTIMSKI, S. *op.cit.*)

filhas: “*Acho que dói mais em mim do que nela.*” (mãe de Maria. Ou: “*Ai, meu Deus, foi mais sofrimento do que comigo*”). Tratam-se de ocasiões que suscitam a rememoração de histórias de seus partos ou de mulheres conhecidas, o que em parte alivia as tensões geradas pela dor, na medida em que as nomeia, inscrevendo aquele caso particular num conjunto mais amplo de casos, e relacionam-se a importância da nomeação, da escuta e da comunicação das emoções nos processos de controle da dor, conforme comentamos antes.

Entre as mães que acompanharam o parto, observou-se que após o nascimento do bebê, elas permanecem atentas às dinâmicas relativas à parturiente (filha), ainda que inicialmente envolvidas com o bebê. Foi o caso de Dona Luisa, que, mesmo na sala de neonatologia, convidada a acompanhar o neto recém-nascido, não tirava os olhos da sala de parto (separada por uma vidraça), onde Maria primeiramente expulsava a placenta e depois era submetida à sutura do períneo.

Embora seja comum a opinião entre os profissionais de que as mães (das parturientes) não sejam boas acompanhantes porque invejam as filhas, ou porque desejam que estas dêem à luz da mesma forma que elas, foi observada apenas uma situação assim: tratava-se de uma parturiente muito jovem, e cuja irmã dizia ser também sua mãe (era mãe de criação) e justificava a realização da cesárea (que lhe parecia a melhor forma de parir), argumentando que com ela já havia sido assim (cesárea) e que desde que Leila engravidara, *já sabia que ia ser igual*. Antônio, apesar de sua declarada defesa do pai acompanhante, faz algumas ponderações acerca da complexa relação mãe-filha, sobre a qual diz ter visto muita coisa na maternidade:

Eu digo assim: “olha, se a senhora pudesse ficar os primeiros 15 dias”, e aí me viro pra mãe e digo assim: “e aí depois tu manda ela embora, porque ela não vai deixar tu botar a mão na criança!”. Porque com avó vai acontecer o quê, ela se *imbui do seu instinto materno*, ela assume a criança e disputa com a filha! É muito comum este quadro, e se ela não amamentou, aí isso é um papo muito comprido ... Porque se ela não amamentou ela vai de certa forma boicotar que a filha amamente. Primeiro porque, porque se ela não conseguiu, se a filha conseguir seria uma evidência da sua falha, ela teria sido menos boa mãe, digamos assim. E se ela conseguiu, imagina se a filha vai conseguir. Isso é uma experiência que a gente tem também, as avós que amamentaram são as melhores aliadas para a amamentação. Agora as avós que não amamentaram, muitas vezes são as piores pessoas pra ajudar (Antônio, médico, Florianópolis)

Como mostra a fala acima, as formas de organização familiar e as relações familiares – de qualquer tipo – certamente se fazem presentes no processo do parto, e talvez, em função do próprio lugar que a maternidade ocupa no imaginário ocidental quanto à feminilidade e à sexualidade, as emoções ligadas à inveja, apoio, solidariedade e boicote se façam presentes de forma mais acentuada. Estes diferentes arranjos familiares se manifestam também na maternidade, e indicam limites do papel fortemente pedagógico que muitas vezes a equipe pretende ocupar e que não produz efeitos a médio e longo prazo nas estruturas familiares.

Pode-se antes dizer que, embora a instituição permita a livre escolha da mulher quanto ao acompanhante, tal recomendação não tem o poder de mudar a concepção hegemônica presente no “alto clero” da equipe (médicos e enfermeira-chefe), o qual compartilha de uma representação de família e de gênero, que é também parte do ideário da humanização do parto, representada pela família nuclear “grávida”, ainda que as auxiliares compreendam, ainda que tenham que se submeter às razões das outras escolhas. No entanto, ficou evidente que para uma significativa parcela da população, notadamente para as classes populares que são usuárias de serviços como o da Maternidade do HU, este modelo e/ou estrutura familiar não é a regra, senão exceção.<sup>553</sup> Heloísa Helena Paim, apoiada em estudos feitos por outras antropólogas que estudam classes populares, mostra quão importante neste universo é a maternidade como um elemento de identidade especificamente feminina, sendo todos os processos corporais da mulher vivenciados enquanto experiências simbólicas que as constituem enquanto mulheres.<sup>554</sup> Dos homens, como foi dito, nem sempre se espera que participem diretamente do processo, a não ser dentro dos padrões culturais próprios da autoridade e do provimento, e das atividades complementares neste momento, ligadas à comunicação e transporte (avisar os parentes, buscar e levar pessoas e coisas).

No entanto, também encontramos neste universo de mulheres de classes populares, situações em que a presença do homem é vista como importante: dos sete casos em que o

---

<sup>553</sup> Por exemplo, os estudos sobre famílias populares, mostram as especificidades dos grupos populares quanto à forma de organização familiar, nas quais a figura masculina não é central. Cf. FONSECA, C. (*Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 1997).

<sup>554</sup> PAIM, H.H. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbações*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.31-47.

acompanhante era homem, havia um explicitamente identificado com o ideário do casal grávido, desde o conhecimento prévio do sexo e nomeação, até a opção pelo parto de cócoras bem como a participação em grupos de preparação para o parto, num posto de saúde.

Sabemos também da importância que as instituições médico-higienistas tiveram na normatização das condutas e disciplinamento das famílias, inclusive em Florianópolis, ainda que sempre tenham tido como contraponto resistências e não-adesões. No caso da maternidade, embora este componente normatizador se faça presente, está tensionado com a flexibilidade das rotinas e o respeito à decisão da mulher permite que a força das representações populares de conjugalidade, família e de gênero se façam presentes. Cabe ressaltar que o sociocentrismo da instituição, tanto maior quanto mais alto na hierarquia se situe o profissional- partilha de um ideal de participação que julga ser o ideal para todas as famílias e mulheres, reiterando a ausência de uma reflexão sócio-antropológica importante e reproduzindo o antigo higienismo. Ao mesmo tempo, a flexibilidade das rotinas tem peso importante nas ações da equipe, ainda que seja necessário considerar um certo descompasso entre a evocação, por todo lado e a todo tempo, da importância da figura paterna, a flexibilidade que permite trocas e a cumplicidade das profissionais que acolhem a escolha da mulher.

---

## A experiência da dor

É sabido que o parto é associado à dor, mesmo que estas sejam vistas como inevitável ou como dores salvadoras, a depender da filosofia, da religião, da formação, enfim, das pessoas. Mas há dores no parto – daí a popularidade do termo ‘parto sem dor’ nos últimos anos, idéia de Lamaze que foi apropriada ideologicamente pela biomedicina após os anos 70, para justificar o uso de analgesias e cirurgia cesareana, dentro da concepção de que é possível e desejável eliminar a dor.

Conforme argumenta David Le Breton,<sup>555</sup> se a dor é, no limite, incomunicável, a solidão vem a agravá-la, ao passo que pode ser aliviada quando há presença de amigos e pessoas que compartilhem com aquele que sofre. A possibilidade de nomear e comunicar sensações desagradáveis, desconfortos e traumas têm efeitos por vezes decisivos no processo de cura ou de alívio, seja enquanto eficácia simbólica seja em termos da socialização e de escuta por parte de outrem, processo que freqüentemente alivia os reveses, dores, sofrimentos pessoais.

Entretanto, no âmbito da Maternidade do HU o que se espera é que o momento do parto – reconhecido como liminar – seja vivido de forma controlada, o que em geral as mulheres demonstram uma grande preocupação com sua performance em termos do controle das emoções: elas procuram expressar sua dor dentro de parâmetros considerados adequados, vale dizer: *não gritar, não entrar em desespero, não dar fiasco nem fazer escândalo*, obedecer às ordens médicas, acatar os conselhos da equipe. Há mesmo uma *expressão obrigatória dos sentimentos*<sup>556</sup> relativos ao parto, com fronteiras bem definidas, as quais, uma vez ultrapassadas, geralmente perturbam a organização do trabalho e a rotina da equipe. O enfrentamento adequado da dor supõe a evitação do escândalo e da manifestação de descontrole, chamados de *descompensação*. Este comportamento “ideal” é compartilhado pela equipe e pacientes, no entanto nem sempre estas últimas se mantêm nos limites destas expectativas e têm consciência disto. Neste ponto, aliás, a humanização do parto hospitalar se distancia dos partos domiciliares: no primeiro, a mulher é hóspede e,

<sup>555</sup> LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995, p. 36.

<sup>556</sup> Cf. MAUSS, Marcel. A Expressão obrigatória dos sentimentos. In: *MAUSS*. São Paulo: Ática, 1987.

como tal, preocupada com sua postura; enquanto em sua casa, a relação se inverte: ela é a anfitriã, a dona do espaço, portanto, familiarizada com o ambiente e menos dependente das informações, cuidados e intervenções da equipe.

Trabalho de parto e parto são momentos liminares, marcados pela dor e pelo sofrimento, cujo alívio supõe-se vir com o nascimento do bebê.<sup>557</sup> A alegria do nascimento é evocada às mulheres quando aumentam as contrações, ainda que seja sempre – como em qualquer dor – uma sensação sempre solitária e, portanto, marcada por certo grau de incomunicabilidade. A possibilidade de intercomunicação da dor existe tanto mais próximas, simbólica e psicologicamente, estejam ambas as partes deste repertório de emoções, ou seja, quando há verdadeira escuta da dor por parte de quem não a está sentindo, abrindo caminho para uma negociação de seus significados. Ainda que, genericamente, as mulheres da sociedade moderna ocidental aprendam que as dores do parto são parte das provações que, enquanto mulheres, deverão atravessar, por sua natureza e/ou pelo vaticínio do Gênesis, nem todas as sentem e/ou expressam da mesma forma. Para alguns, a dor é parte do ritual, parte da travessia necessária de um estado a outro que o parto sinaliza, para outras, a dor pode e deve ser minimizada, possibilitando a libertação do sofrimento e culpa que cercam a feminilidade e a maternidade.

No ideário do movimento, a questão da dor aparece como um aspecto que deve ser enfrentado de forma consciente: deve haver um preparo para a dor, buscando torná-las suportável, mas sem que necessariamente haja supressão de gritos e gemidos. Num Boletim da Prefeitura Municipal de Florianópolis, em que era divulgado um evento feito no HU por ocasião da vinda do Diretor da Maternidade Leila Diniz, pode-se ler, já no primeiro parágrafo: “Nesta maternidade tudo é ao contrário das outras: *aqui a gente pode gritar, se quiser*. Pode ter acompanhante, se quiser, pode ficar com o neném na hora que quiser. Esta é a descrição que parturientes fazem da Maternidade Leila Diniz.”<sup>558</sup> (grifos meus)

---

<sup>557</sup> Não presenciei nenhuma situação que se aproximasse de depressão pós-parto ou qualquer outro tipo de reação que contrariasse esta expectativa; no entanto, sabe-se que nem sempre é alegria o sentimento preponderante no pós-parto. Duas entrevistas que fiz com mulheres que deram à luz no HU, cerca de dois anos depois do parto, apontam para a presença de outras emoções, o que demonstra a complexidade da questão: o tempo de elaboração do processo à luz da experiência da maternagem, bem como as dificuldades de não-corresponder às expectativas, num ambiente que celebra a alegria do nascer. Jane Flax, entre outras autoras, chama atenção para o obscurecimento dos sentimentos ditos ruins relativos à maternidade, que poucas vezes encontram lugar para se expressarem. Cf. FLAX, Jane. Comunicação oral, Florianópolis, 2002.

<sup>558</sup> Florianópolis. *Boletim Saúde Viva*. Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, dez. de 1994.

No entanto, dentro do HU o que predomina mesmo são as recomendações de discrição, regra somente quebrada por algumas mulheres, como Camila, primípara acompanhada de sua mãe que, a partir de um determinado momento, passa a exprimir fortemente sua dor, gritando no momento da contração, para logo em seguida, diante dos olhares atentos e assustados dos doutorandos, pedir perdão pelo descontrole.

Ai, Meu Deus do céu, que dor, que dor! Ai, ai, ai, não agüento mais.

(passada a dor)

-Gente, vocês me desculpem, tá, eu sei que não devo gritar, desculpem, mas dói demais. Desculpem, desculpem!

Camila é um caso típico daquilo que a equipe chama de *descompensação*, termo largamente utilizado no campo da saúde, mas também no cotidiano. Trata-se de uma categoria utilizada para indicar o desequilíbrio na paciente (ou mesmo no acompanhante), que provoca stress ao seu entorno, mostrando que a pessoa está fora de si.

A questão do dor no parto tem sido historicamente associada à medicalização e à solidão conferida por seu regime de internamento, uma vez que é no âmbito do hospital que se tratam das diversas dores humanas; paradoxalmente, a equipe que cuida das dores dos doentes procura delas pouco falar. Como analisa Otávio Bonet, a formação médica supõe um crescente controle das emoções, vistas como nefastas para o bom exercício da técnica e do conhecimento:

Para que os jovens médicos possam construir diagnósticos, eles tem que passar por um processos de aprendizagem no qual vão adquirir os habitus profissionais necessários. O que adquirem neste processo e um dos dois pólos da tensão, estruturante: o do saber. (...) É na medicina dualizante que os residentes formam seus habitus médicos, e é esta que aderem.,mas essa adesão lhes põe diante de um conflito que pode ser mais ou menos subconsciente, que e, determinado momentos se converte em um dilema ético, de difícil solução.<sup>559</sup>

Outros autores vão pensar nesta tensão em termos de competência e cuidado, e dentro do HU há referências a esta divisão do trabalho, feita da seguinte forma: aos médicos a competência (o saber) e às enfermeiras, os cuidados (o sentir).

Para Françoise Thébaud, foi sobretudo com os esforços da medicina do século XX para conter a febre puerperal e os cuidados com o isolamento, que levaram a um negligenciamento da solidão e a um aumento da autoridade médica, muito mais que a

---

<sup>559</sup> BONET, O. op.cit..p.149.

própria dor,<sup>560</sup> dentro da lógica da clínica médica tal qual se configurou no ocidente. Não que fora do hospital, e nos contextos de culturas religiosas marcadas por noções de maternidade como sofrimento, não existisse dor, ou nem que a mesma não fosse considerada. Para a autora as dores e os gritos eram vistos como inerentes ao parto, e não se empreendiam esforços para evitar sua expressão. No entanto, hoje o que parece ter-se instaurado com a biomedicina mais avançada, é a idéia de insuportabilidade da dor, o que justifica a sua supressão através de fármacos e a sua contenção, como o caso apontado aqui. O ideário da humanização, ao postular a necessidade de suporte emocional (seja através da doula, do acompanhante, seja da equipe) instituiu, pois, um espaço de escuta dentro do hospital, que parece ter efeitos positivos.

No CO, aprovadas serão as mulheres que não descompensarem, sendo esta exigência institucional bem conhecida. Todas as mulheres se preocupam com sua performance no controle da dor. Quase invariavelmente, ao visitá-las no AC após o parto, uma das primeiras questões que me faziam era se tinham se “*comportado bem*”, se tinham “*segurado bem a onda*”, declarando o quanto se controlaram para “*não fazer fiasco*”. Houve quem se vangloriasse de não ter feito escândalo, apesar da vontade de berrar, ou mesmo a significativa pergunta: *Eu me comportei bem, não achas?* Comentários maldosos relativos às descompensadas- quando tinham assistido a alguma destas em ação no CO – também eram feitos, como os de Ana, lembrando sua vizinha de quarto, também observada por mim: *aquela lá era escandalosa, nossa senhora!* Ou, como Solange ao reportar-se a outras mulheres de forma mais abstrata: “*Tem gente que já se aproveita para dar espetáculo, não se controla, né?*” Qualquer ilusão de uma suposta solidariedade entre mulheres, ou comunicabilidade de gênero que se tivesse, era colocada ladeira abaixo diante dessas declarações feitas por mulheres sobre mulheres – das mais bem comportadas em relação às consideradas escandalosas. Na verdade, parece haver no contexto do hospital expectativas diferenciadas, relativas ao controle da dor: de um lado, a equipe de saúde, cuja expectativa é que as mulheres não descompensem e enfrentem de forma estóica as vicissitudes do parto. De outro, mulheres que compartilham com essa noção, seja ela

---

<sup>560</sup> Thébaud relata que na *Maternité Baudelocque*, em Paris, até 1930, não era comum o uso de analgesias, pois se entendia que eram contrárias ao ato fisiológico do parto, embora já à época houvesse tentativas e debates acerca de formas de mitigar a dor, que serão retomadas nos anos 50 com o método do Parto sem dor. Cf. THÉBAUD, F. A medicalização do parto...p. 421.

originária de sua adesão à própria medicalização seja em função de outros fatores, quiçá religiosos. No entanto, há mulheres – as que descompensam – que manifestam, ora seu fracasso no controle da dor, ora mesmo seu relativo desprezo quanto às expectativas. O caso de Camila parece apontar para a convivência de pelo menos duas concepções, no caso, na mesma pessoa. Certo é que o comportamento esperado no contexto hospitalar parece estar ligado ao comportamento idealizado para as mulheres, vistas como valentes quando capazes de enfrentar as provações do parto – suas dores. O direito de gritar, ou de expressar de outra forma os desconfortos, parece circular no âmbito do movimento, contestando essas expectativas, mas a concepção de que é necessário controlar a dor, e, não ultrapassar certos limites é significativa, e parece remeter à própria concepção (ou, talvez, concepções) que circula entre as diferentes mulheres, acerca do controle das emoções e do significado do parto.<sup>561</sup>

Tentativas de diminuir as dores do parto não são novas: desde as tentativas de usar clorofórmio, ópio e outras substâncias, até o uso de analgesias fármaco-químicas ou a noção de controle da dor proposto pelo método psicofilático, como vimos anteriormente. Nas décadas de 70 e 80, no mundo alternativo, surgiram as técnicas corporais, místicas e psicológicas, ampliando o leque de opções que antes era proporcionada pela analgesia peridural, como um método eficiente e considerado por muitos como inócuo para o bebê.

Na observação dos trabalhos de parto, chamam atenção mudanças profundas na forma como as mulheres expressam a dor quando o período expulsivo se aproxima, os sorrisos e conversas tranqüilas sendo substituídos subitamente por expressões de intensa dor, desespero. A presença do acompanhante, o suporte emocional, as técnicas de alívio, o apoio da equipe, não são, contudo, suficientes para eliminar a experiência da dor, ainda que possa haver variações significativas na forma como cada mulher vivencia sua dor. Trata-se

---

<sup>561</sup> Sem falar do conhecido valor atribuído ao sofrimento no catolicismo oficial, há outros estudos acerca do significado das dores do parto, como, por exemplo, o de Carolyn Sargent, na África do Norte: entre as mulheres bariba, do Benim, o enfrentamento das dores de parto atribui valor e dignidade a uma mulher, e configura-se, ao lado da cliterodectomia, às provações existenciais das mulheres, ao passo que a guerra se configura como a provação masculina por excelência (Cf. SARGENT, C. *The politics of births: cultural dimensions of pain, virtue and control among the Bariba*. In: HANDWERKER, P. (Org.) *Birth and power: Social Change and the Politics of Reproduction*. Boulder, San Francisco & London: Westview Press. 1990, p. 69-80)

daquele *cuervo fronteirizo*, que durante o trabalho de parto oscila entre a dor e o prazer intensos, entre vigília e sono profundo, alternadamente.

Momento liminar *strictu senso*, as dores da parturiente alteram a dinâmica do CO, sobretudo quando a mulher não contém a sua manifestação. Neste contexto, a equipe pode tomar medidas não previstas inicialmente, tanto em termos de aceleração do trabalho de parto, quanto de mudança de orientação quanto ao tipo de parto, a depender do grau de manejo do stress pela própria equipe.

Os comentários dos profissionais, particularmente da equipe de enfermagem, sobre a situação da parturiente, falam de representações mais amplas acerca do que é ser uma mulher: a mulher tem que ter uma certa idade para poder passar por esta dor” ou “dizem que a mulher regride, volta a ser criança na hora do parto”, são frases que se escuta durante o acirramento do trabalho de parto.

Vistos como estados de desequilíbrio e perda da consciência, são nos momentos de stress e de descompensação que a parturiente costuma ser chamada de *mãezinha*, um termo que não é quase utilizado no CO, ao contrário do Alojamento Conjunto.

Outros acentuam que a mulher fica num estado de hiper-sensibilidade durante todo o processo do parto, incluindo o período no Alojamento Conjunto:

É que é bem isso assim: a mulher ela tem.... *a mulher é mais sensível*. A grávida fica hiper sensível! É aquele papo, o homem é muito mais racional, tem uma dinâmica diferente. Quando se trata de uma grávida isso é levado ao extremo! A explicação que a gente tem hoje seria justamente *porque a mulher tem esta hiper sensibilidade, pra poder entender e trocar com o bebê que não fala*. Quer dizer, como é que tu percebes que agarrar daquele jeito é melhor que outro? (Antônio, médico, Florianópolis) grifos meus.

Algumas mulheres da equipe de enfermagem, no entanto, referem-se à experiência da dor de outra maneira, fazendo eco às representações observadas entre mulheres de classes populares<sup>562</sup> acerca da feminilidade, ou seja, as dores como parte intrínseca da vida da mulher. Lili, auxiliar que costuma prestar muito apoio às mulheres no trabalho de parto, diz para a paciente: “Eu não vou dizer que não dói que é mentira, mas é dor que logo se

---

<sup>562</sup> Heloisa Helena Paim refere-se à representação corrente entre estes grupos de que o enfrentamento da dor é parte intrínseca à noçãoêmica de natureza feminina Cf. PAIM. H.H. op. cit, p..33).

esquece” e, como esta fala, escutei outras, por parte de algumas enfermeiras que se referiam à sua própria experiência de mães, como forma de acalmar as parturientes.

“*Gritos são como frases e palavras*”, argumenta Marcel Mauss quando reflete sobre a dimensão de comunicabilidade dos sentimentos.<sup>563</sup> O fato de se tratar de uma ação simbólica, visa se comunicar com um grupo com quem o indivíduo deseja compartilhar seu significado. Se não há quem compartilhe, reconheça ou legitime esta dor – a opção pelo silêncio ou o controle são recursos utilizados, mas parecem aumentar o sofrimento do doente. Gemidos e queixas parecem fazer parte dos sentimentos compreendidos pela equipe, compondo as expressões mais comuns dentro do CO, ao passo que gritos e escândalos serão classificados como *descompensação*.

Dores e doenças não são apenas manifestações universais de processos orgânicos: variam conforme os contextos sócio-culturais e a própria subjetividade do doente. Le Breton fala que a dor é algo obscuro, que não se vê, e ao qual só se tem acesso atravessando (o sujeito que sente a dor) ou compartilhando-se de forma sempre parcial, processo que pode, no entanto, levar ao alívio – jamais à sua supressão. A sociedade ocidental tem evitado a dor, procurando de todas as formas mitigá-la, se não bani-la do cotidiano. Neste sentido, a medicina joga um papel importante, pois pretende monopolizar o combate à dor.<sup>564</sup> Na impossibilidade absoluta de fazê-lo, trata de aliviá-la, adia-la, suspendê-la, quantificá-la, mensurá-la. Nesta perspectiva, tão radicalmente diferente daquela hegemônica entre os médicos, adeptos do modelo tecnocrático, não é possível separar os aspectos culturais da dor, dos aspectos orgânicos, também não se pode falar em uma mensuração universal da dor. A concepção da doença enquanto *illness* (expressão sócio-cultural e variável das doenças) não é compartilhada pela bio-medicina, que tende a ver, hegemonicamente, *diseases*, isto é, manifestações orgânicas, universais e quantificáveis. Quando a parturiente e os profissionais compartilham da idéia de que há uma subjetividade nas dores, pode estabelecer-se uma negociação do sentido da dor, uma legitimidade que só pode ser conquistada constituído um processo de comunicação de mão dupla. Quando o

---

<sup>563</sup> MAUSS, M. op.cit.

<sup>564</sup> Cf. GUERCI, A; CONSIGLIERI, S. Por uma antropologia da dor: nota preliminar. *Revista Ilha*. Florianópolis, UFSC/Pós-Graduação em Antropologia Social, .1, n. 0. out. 1999, p.57-72.

profissional reduz a dor à sua dimensão orgânica, universal e mensurável por aparelhos, não há negociação possível, mas sim, imposição e violência.

Maria, após duvidar da fala de Susana, que dizia ser hora de parir – como de fato, o era – reconhece publicamente seu equívoco, reportando-se a prioridade do saber feminino, uma espécie de intuição: “*É, às vezes a gente não dá bola, mas elas sabem a hora.*”

Elza, enfermeira e mãe, refere-se várias vezes a este saber, originado das sensações corporais da própria mulher, tantas vezes desconsiderado pelos médicos, mas que invariavelmente se impõe: “*Acaba que é a gente (mulher) que sabe a hora certa.*”

Um caso exemplar da incomunicabilidade da dor e da desconsideração do médico pelas sensações e expressões é de Mariana, mãe de primeira viagem: decorrências práticas da ausência de uma negociação de sentido para as dores, remetendo novamente ao primado da técnica e da imagem na visão dos médicos, seja na ecografia, seja na cardiotocografia. O médico olha o aparelho com muita atenção e declara para a paciente que reclama:

Mas eu estou morrendo de dor! Não posso mais! Elas são fortes!  
 -Não, não são, é só olhar no aparelho que está tudo escrito aqui  
 Logo depois, o médico anuncia à equipe:  
 Vamos ter que fazer uma cesárea.-  
 Doutor!  
 -Tu quer saber o quê?  
 -Queria fazer uma pergunta  
 -Tu quer saber o tamanho do corte?  
 -Não, não, eu não queria saber nada, não...  
 -Eu te avisei que ia doer, lembra?(*Diário de Campo, março de 2000*)

A desconsideração do médico pelo relato da dor da parturiente revela a ausência de negociação da dor, bem afinada com a formação médica, na qual se aprende a dar prioridade aos aparelhos eletrônicos e imagéticos, supostamente mais próximo da verdade(das causas anátomo-patológicas) mais verdadeiros, do que as sensações sentidas e manifestadas pelas pacientes.<sup>565</sup> É que somente pode escutar o que diz uma mulher quem atribui a ela o protagonismo do processo, e uma visão menos reificada da tecnologia *high-tech* da medicalização e que, de alguma maneira, compartilha de um mesmo universo de expressões.

<sup>565</sup> PINTO, P. G. Saber ver: recursos visuais e formação médica. *Physis*. Revista de Saúde Coletiva, vol.10, n.1,2000, p.39- 64.

Cláudia, que chega no período expulsivo, dizendo que vai dar à luz . Não sendo levada suficientemente a sério pela equipe, reafirma sua sensação de expulsão, confirmada, então, pelo médico, a partir do exame de toque. Logo após a retirada da placenta, médico e doutorando informam-lhe que farão uma anestesia para fazer ponto:

Não vai doer nada, é só uma picadinha  
 - Cuidado, hein?  
 (Eles dão a injeção, e iniciam o procedimento. Logo ela reclama):  
 -Ai, está doendo.  
 -Não, não está, Eu dei anestesia!  
 -Mas estou dizendo que dói!  
 -Não pode ser, não pode estar doendo.,  
 -Vão devagar que está doendo, eu estou dizendo que dói!

Nesta situação, ainda que não houvesse aceitação do médico da dimensão subjetiva da dor, a mulher não se submeteu à sua opinião, pois acreditava na própria legitimidade de sua dor, o que de uma certa maneira foi escutado pelo médico, que atendeu em parte seu pedido e passou a agir um pouco mais delicadamente- segundo o relato de Cláudia no dia seguinte, e que eu pudera constatar, observando suas expressões naquele momento.

Negociar a dor supõe comunicabilidade ou intercomunicação, para usar a expressão de Le Breton. Para ele, embora a dor seja uma experiência sempre única e intransferível, quando existe comunicabilidade e, portanto, socialização da dor, quando alguém dá atenção a ela, há legitimação da dor e, em geral, alívio.

Situações similares acontecem também no AC, relacionadas particularmente ao processo de amamentação, observando-se também diferenças entre os profissionais: há os que escutam as percepções das mulheres, e há os que as negam francamente, como nos conta Cibele, que teve sérias dificuldades em amamentar seu filho, após uma cesárea imprevista:

Ninguém queria ouvir minha dor, eu urrava de dor para dar ao meu filho leite de conta-gotas, ao lado de uma camponesa que fazia jorrar leite seios abaixo. Era obrigada a fazer isto, e não tinha conversa.  
 (...) o que me salvou foi uma mulher, enfermeira, uma anja do Banco de Leite, que me viu ali, acabada, desesperada, era uma anja, entendeu a minha dor, heii, calma, tu pensa que tu é, uma Joana D'arc? Perguntou o que eu tinha, eu só quero sossego, 15 minutos de sossego, por favor. Ela

fechou o Banco de Leite eu fiquei ali, quietinha, dormi, me recuperei (Cibele, música, Florianópolis).<sup>566</sup>

Este depoimento chama atenção para o aspecto normatizador que, mesmo procedimentos humanizadores, podem ter, se não pensados em termos de uma intersubjetividade negociada entre equipe e parturientes. Além disto, fala das dissonâncias que ocorrem mesmo dentro de uma instituição fortemente normativa, chamando atenção para a sensibilidade e capacidade de intercomunicação que Cibele encontrou com a ‘anja’ do Banco de Leite, uma enfermeira ou auxiliar que, na sua situação, cumpriu com aquele *papel de pessoas que mudam o mundo*, não raras dentro dos hospitais, conforme já havíamos observado antes.

Seguindo, ainda, a sugestão de Le Breton, haveria que se pensar também em como cada médico articula sua formação médica e sua experiência como sujeito de uma cultura que vivencia, de forma nuançada, a expressão da sua dor. Isto revelaria melhor o peso das diferenças sociais, étnicas, religiosas e, quiçá, de gênero, na forma como os próprios médicos lidam com a dor alheia, que não podemos fazer neste momento, e que certamente traria informações preciosas, não só sobre a equipe médica, mas também sobre as próprias parturientes.

### **Amamentar: serviço militar para mulheres**

Muitos cartazes e painéis estão afixados nos corredores e salas da maternidade. Muitos deles fazem parte de campanhas governamentais e se encontram em postos de saúde e outros serviços de saúde pública da cidade. Alguns são feitos manualmente, de forma muito cuidadosa, e também nestes a imagem mais recorrente é a de um bebê mamando ao seio da mãe, como se vê nos cartazes que decoram os corredores da maternidade.

---

<sup>566</sup> Este depoimento não faz parte das observações feitas na Maternidade por ocasião do processo de parto da paciente, mas sim de uma entrevista feita fora da Maternidade, com uma mulher que teve seu filho num ano anterior.



Figura 14 - Cartaz -HU

Vistos como parte de um conjunto mais amplo, como aparecem aos olhos de quem os vê, os cartazes retratam uma família nuclear branca, tipicamente de classe média. No final de 2003, numa das visitas ao ambulatório do HU, observei, no entanto, um cartaz de incentivo ao aleitamento tendo na foto uma mulher negra, que reputo ser fruto da forte importância política que vem adquirindo nos últimos anos a discussão sobre políticas afirmativas dos afro-descendentes no Brasil, no entanto, o que predominava nos corredores eram imagens como a da foto acima:

A Maternidade sempre manifestou preocupação com a amamentação este aspecto, visto como importante no que tange sobretudo ao estabelecimento do vínculo mãe-recém-nascido. O incentivo à amamentação é tarefa da enfermagem, já desde a sala de parto, e alguns médicos, sobretudo pediatras, envolvem-se no processo. Entre todas as parturientes, o desejo de amamentar está presente, ficando clara a satisfação da rotina de iniciar o processo ainda no CO. Em apenas dois casos, observou-se um desinteresse inicial, no pós-parto, quanto a esta tarefa. Mas é no AC que se instaura o tempo de amamentar: lá, enfermeiras e auxiliares serão incansáveis no ensino e no auxílio no manejo dos seios e mamilos, na ordenha, na posição adequada e nos cuidados adicionais quando há dificuldades na amamentação. Muitas destas profissionais usam camisetas onde está estampada a frase “Os dez passos da amamentação”, cujos detalhes estão também disponíveis para leitura ao fundo do corredor. A alta da mãe e do bebê estará condicionada, entre outros critérios, ao bom encaminhamento da amamentação.

Mas se todas as mulheres compartilham do ideal da amamentação, nem sempre este desejo resulta numa experiência prazerosa. Com certa frequência, observam-se mulheres

com dificuldades em levar a bom termo a amamentação, vivenciando situações de tensão e frustração, que parecem agravar-se diante do convívio entre as *puérperas, que compartilhamos nos quartos coletivos*.

Os motivos destas dificuldades em amamentar certamente são complexos, e são apontados pela literatura, ora como fruto de causas orgânicas ora como fruto de causas psicológicas. Chama atenção, no entanto, que esta rotina humanizadora, recomendada por todos os defensores do parto humanizado, pode-se tornar perversa: se aplicada como uma regra rígida e universalizada a todas as mulheres, ela deixa de favorecer o bem-estar da mulher e seu direito de opção – no caso, de escolher outra forma de alimentar seu filho:

A história de Cibele novamente fala bem dessa situação:

Eu estava cheia de dores e fissuras, não poderia suportar, os dias passavam, passava tudo que era coisa em mim para ver se vinha o leite, e nada. Um hospital não pode ter a pretensão de querer ensinar uma mulher a ser mãe e mamífera em três dias, não pode ser o doutrinador da mulher que pariu. Eu já não tinha conseguido parir de cócoras, agora não conseguia amamentar, e sempre aquele enfermeira passando na porta, me chamando de mãezinha, e dizendo banco de leite, banco de leite!.”(Cibele, música)

Segundo os relatos de profissionais que trabalham no Alojamento, as queixas de Cibele não são isoladas, e já contam com críticos de dentro do próprio serviço. Regina, auxiliar de enfermagem que atua no setor, relatou-me certa noite situações similares que assistiu, questionando: “*Eu fico me perguntando, afinal, o que é humanização? Obrigiar uma pessoa a fazer o que ela não está podendo?*” Antônio, com sua longa experiência e sensibilidade particular, diz o seguinte:

A amamentação deixou de ser um estímulo e passou a ser uma cobrança, é uma coisa que eu acho coercitiva, equivocada. Saímos do extremo de não dar atenção, para um outro extremo que parece assim, *quem não amamenta está sendo uma mãe errada*, e se tu não der de mamar... tem uma mulher que chorava e ela dizia o seguinte: ‘porque a fulana disse que se eu não der de mamar meu filho vai pra UTI!!’(...) Se não mamar ele vai ter hipoglicemia (...) Atrocidades como esta só aumenta a ansiedade da mãe, tu bloqueia (...) Então eu acho que *se caiu num extremo de não dar atenção para um extremo de oprimir as mães em relação ao aleitamento* (Antônio, grifos meus).

Sofia, enfermeira, também reclama da rigidez com que muitas colegas levam as rotinas a cabo: “*Levar a rotina à risca é que é desumano, eu já vi cada coisa aqui, cada sofrimento, cada história ruim!*” “*Levar as coisas ao pé da letra, pra mim, pode ser até mais desumano do que não incentivar a amamentação.*” Cabe registrar que a maior parte dos profissionais que atuam com amamentação são mulheres, o que mais uma vez complexifica a questão de um possível identidade de gênero entre mulheres, que em alguns momentos é referida e aponta a dimensão de poder entre mulheres, a partir de representações sociais ligadas, neste caso, à maternidade.<sup>567</sup>

No curso de preparação para o parto, uma gestante relata sua primeira experiência no HU, afirmando ter sido extremamente difícil amamentar, esta sendo uma das suas *más lembranças*. Ela destaca que a equipe fez de tudo para que ela amamentasse, envolvendo o marido ativamente no processo: “*Se eu não quero passar por aquilo de novo, que dirá o meu marido.*”

A dramaticidade destes depoimentos deve ser considerada, pois chama atenção para uma dimensão importante do ideário do parto humanizado (amamentação natural e vínculo mãe/bebê/pai) que pode ser re-significada como um ideal normativo de maternidade, sobre o qual tanto no campo das ciências sociais tem se discutido e relativizado,<sup>568</sup> mas que parece persistir, reproduzir-se e resignificar-se concretamente, mesmo no âmbito do igualitarismo moderno e, mais do que tudo, no contexto da *clínica médica*.

Na Ilha de Santa Catarina, marcada de um modo singular por uma cultura luso-açoriana,<sup>569</sup> o hábito de amamentar os bebês não ocupava um lugar tão importante nas atribuições maternas, ainda que se tratasse de uma cultura fortemente marcada por divisões de gênero e idéias distintas de maternidade e paternidade. Segundo estudos sobre hábitos alimentares na região, o costume de oferecer outros alimentos ao recém-nascido ou mesmo, de substituir o leite materno, precocemente, podia ser observado, até muito pouco tempo

<sup>567</sup> Esta questão tem particular relevância quando se pensa em termos do campo biomédico e na sua tradicional divisão do trabalho: médicos intervêm, enfermeiras cuidam, concepção que circula no movimento. A questão seria: como seriam cuidadas aquelas mulheres que não amamentam pelas mulheres que vêm nesta atividade como fundamental?

<sup>568</sup> Cf. BADINTER, Elisabeth. *L'amour em plus*. Paris: Flammarion, 1980.

<sup>569</sup> PINHEIRO, C.E, BITTENCOURT, S.; SÓNEGO, M. Levantamento de antigos hábitos alimentares dos lactentes no interior da Ilha de Santa Catarina. (Relatório de Pesquisa) Depto.de Pediatria, Florianópolis, UFSC, 1992,mimeo. Cabe destacar que os autores e autoras são particularmente sensíveis às formas populares locais das mulheres alimentarem os bebês, e argumentam, com este trabalho, que do ponto de vista nutricional, as necessidades dos lactentes efetivamente eram supridas, mesmo sem o aleitamento materno exclusivo.

atrás, inclusive nos postos de saúde e hospitais, procurados por pessoas dessas comunidades. É o caso de Dona Flor, moradora de um bairro de tradição agrícola-pesqueira da Ilha, que conta de sua discordância concreta diante da insistência do pediatra do Posto de Saúde, quanto à necessidade da amamentação à qual, *na opinião dele*, ela deveria se dedicar prioritariamente: “*Não era ele que tinha que trabalhar e que não tinha leite! Eu peguei e fui embora, e fiz como eu podia! E taí, minha filha, com uma filha também, crescida e bem forte! Se a gente fosse atrás de tudo que eles dizem*”(Dona Flor, entrevista,1998)

Ao falar, Dona Flor aponta para a neta, filha desta filha que teria sido mal alimentada, que está ao seu lado, parecendo orgulhosa da sua mãe. Sua fala vem ao encontro de outras que escutei, que apontam para o desprezo ou desconhecimento que o médico demonstrava pelas suas condições de vida e trabalho: ainda que tenha aparentemente acatado sua ordem, quando se vê em seu cotidiano e em sua comunidade, fez como a maioria das mulheres de sua condição: complementa a alimentação com banana e – prova maior de sua eficácia – mostra o quanto sua filha cresceu sadia, seguindo o que ela (sua cultura) escolhera como mais adequado.

Mesmo nas situações observadas dentro da Maternidade, nas quais todas as mulheres manifestaram compartilhar do imaginário da mãe que amamenta, as situações de dificuldades revelam que, se tomado como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever que faz eco com as velhas fórmulas higienistas, que impregnaram a formação médica e a moral familiar nos séculos passados, como bem mostra Jurandir Freire Costa:

O comportamento da mulher oitocentista – de não amamentar os filhos – foi codificado no discurso higiênico, como infração às leis da Natureza. A mulher que não amamentava, dizia-se, rompia duplamente os cânones naturais: primeiro, porque se conduzia de modo contrário a todas as fêmeas da classe dos mamíferos; segundo, porque contrariava outra vocação natural, a de ser mãe, conforme o figurino higiênico.<sup>570</sup>

---

<sup>570</sup> COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 257.

O modelo de maternidade higiênico, historicamente contou com adesão das mulheres – sobretudo das elites – às normas médicas, que incluíam uma série de prerrogativas tidas como naturais: o amor altruísta, a dedicação aos filhos, a permanência no lar, a amamentação dos bebês. A pronta adesão das instituições ao ideário da humanização, no que tange ao vínculo precoce e à amamentação, parece apontar para a permanência deste *núcleo duro* do modelo higiênico, deixando para as mulheres o estigma da anti-natureza, da quase esterilidade materna, como se na gramática dos fluidos corporais, o leite fosse um determinante fundamental da feminilidade.<sup>571</sup>

Num universo marcado de representações arraigadas sobre o que faz de uma mãe, mãe, ou seja, na *longa duração* higienista ligada à medicalização, há vozes dissonantes que apontam para um outro lugar, talvez menos normativo, talvez mais condescendente com o dilema da díade mãe/bebê. Para os ativistas da REHUNA, a humanização do parto e do nascimento está relacionada com os direitos da mulher, mas ao mesmo tempo e no mesmo nível que o bebê, em torno do qual, aliás, o movimento se constituiu. Certamente estamos diante de dois sujeitos de direitos: o bebê, que tem direito à amamentação, e a mulher que teria – segundo o ideário da humanização- o direito de decidir sobre seu próprio corpo. Como resolver este dilema estruturante da relação que – quando em harmonia – é vista como díade, mas que nos casos de dificuldades faz sempre o pêndulo pender para o campo dos direitos do bebê. A própria separação entre parto e nascimento, sublinhada pela REHUNA, ou seja, em um evento com duas facetas, faz-se presente até mesmo do ponto de vista lingüístico, como vimos no capítulo III. Ivan França e José R. Ayres chamam atenção para este dilema, que envolve aspectos morais, éticos, filosóficos e políticos:

Esta crescente valorização do aleitamento materno pela ótica da criança, contudo, não pode perder de vista que *a prática da amamentação envolve pelo menos dois sujeitos de direito – mães e crianças*. Não há dúvida quanto ao caráter intersubjetivo desta interação. Estes dois sujeitos, por sua vez, estão em interação com outros sujeitos, tais como homens-pais, familiares, profissionais de saúde ou educação, empresas e governos,

---

<sup>571</sup> HÉRITIER, F. *Masculino/Feminino*. O pensamento da diferença. Lisboa: Instituto Piaget, Coleção Epistemologia e Sociedade, 1998.

tornando a prática da amamentação em ato, simultaneamente, individual e coletivo.<sup>572</sup> (grifos meus)

Além dos complexos envolvimento que traz o fato de estarmos diante de dois sujeitos de direito, não se pode perder de vista a crescente valorização da criança, como um sujeito pleno de direitos na sociedade contemporânea, fato que leva ao obscurecimento da mãe enquanto sujeito, e sua redução à função de mediadora e única responsável pelo bom sucesso da amamentação e, no limite, à saúde bio-psíquica da criança. Talvez por isso muitas vezes eu tenha escutado de profissionais perspicazes, em diferentes contextos, a ironia criada a partir do título Hospital Amigo da Criança: “*Amigo da Criança e inimigo da mamãe.*” Trata-se de uma tensão complexa que nos leva a pensar os limites do próprio individualismo – ou seja, sobre a expansão desta ideologia a todos os sujeitos, pelo menos no contexto da família, em um domínio social marcado por relações hierárquicas, que vem crescentemente conferindo individualidade a cada um de seus membros.

Van Gennepe já falava que o rito da gravidez é uma antecipação do rito do parto, etapa de um longo processo de passagem que vai demarcar a nova identidade de mãe. Ou seja, ao longo de todo este processo o que está em questão é, efetivamente, a construção da maternidade, que não se dá de forma natural ou espontânea, pois a sociedade trata de significá-la. Seguindo este raciocínio, Elizabeth Martinez sustenta que o que se passa no ritual de passagem do parto é uma síntese dos valores que pesarão sobre a mulher durante o exercício de sua maternidade: assim, os valores presentes no parto humanizado estarão ecoando em todas as sucessivas pedagogias posteriores de que são alvo as mulheres, assim como já o foram quando a gravidez se fez anunciar. A autora diz que a série de proibições (alimentares, físicas, etc) da gravidez se repete e fala do lugar simbólico que a mulher ocupa neste imaginário. É assim que vemos, no contexto da intensa valorização de uma maternidade não só humanizada, mas naturalista ou ecologizada, um série de prescrições e proibições que, apoiados na entronização dos direitos das crianças, farão os olhares vigilantes concentrarem-se na mulher: primeiro, o tipo de parto, depois, a devoção às artes da amamentação, e assim, sucessivamente. A própria noção de que o acompanhante ideal é

---

<sup>572</sup> FRANÇA JÚNIOR, I; AYRES, J.R.C.M., 2000. Amamentar é um direito humano? In: *Seminário Amamentar é um direito humano. WABA (World Alliance Breastfeeding action)*, São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde-SP, SENAC-SP, mimeo.

o pai- mais forte que a flexibilidade do direito formal, pelo qual a REHUNA se mobiliza – parece apontar para questões importantes no que se refere à organização familiar e às relações de gênero, e mereceria ser aprofundada, já que não é consenso, mesmo entre os ideólogos da humanização, como Odent.<sup>573</sup>

“Não beber”, “não fumar”, “não comer alimentos pesados”, “não ingerir cafeína”, “não dar chupetas ao bebê”, “não se cansar”, “não gritar em demasia” entre outros tantos *nãos*, vão compor um extenso rol de perigos que, uma vez infringidos, colocam em risco o bom andamento da amamentação, recomendação que assume ares de missão e faz pender, de forma quase irreversível – a plataforma de direitos das mulheres e das crianças, bem como o do pai, para o sujeito-criança.

Receituário exigente que nem sempre é seguido à risca pelas mulheres: já no alojamento conjunto encontramos indícios de uma não-adesão a este exigente receituário- como o caso do banheiro coletivo, próximo ao alojamento conjunto que funciona como local para fumar – é para ali que vão as mulheres que desejam saciar um dos vícios mais combatidos pelo ideário da Maternidade, espaço de clandestinidade e de pequenas sociabilidades, distantes das investidas pedagógicas e infantilizadoras que fazem da cada mãe uma aluna ignorante. Foi no *fumódromo* que Cibele, no auge de seu desespero, traçou seu plano de fuga das incansáveis enfermeiras pró-aleitamento, a partir de um celular sorrateiramente emprestado por outra mãe, com o qual pode se comunicar com pessoas *do lado de fora*. Qualquer semelhança com um presídio certamente não será coincidência (será maternidade uma instituição total?): Cibele não conseguia dar de mamar, e só poderia sair do AC se cumprisse todo o receituário da amamentação para casos difíceis.

Prescrições e proibições fazem parte de qualquer cultura, de qualquer sistema de crenças, de qualquer ritual.<sup>574</sup> Imaginar que o parto e o nascimento, como rituais, escapassem a esta forma simbólica de ser, estar e estrear no mundo, seria certamente impossível, e os *rehunidos* têm atribuído importância a criar novos rituais, que expressem

---

<sup>573</sup> Segundo Jean Clair "A moderna moda de incitar os futuros pais a assistir ao nascimento dos respectivos filhos, isto é, considerar o sexo da respectiva esposa já não como sexo mas como órgão de procriação, *infringe um dos mais antigos tabus da cultura européia* (para não falar de muitas culturas antigas, em que este tabu é mantido com severidade) forte, em boa medida, como o tabu do incesto". (Frase atribuída à Jean Clair, no livro *Méduse*, de 1989 – sem referência de editora), grifos meus. Tal citação aparece em um dos livros que circulam no movimento, sendo parte das referências do Manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, organizado por Jacques Barbaut e rico em imagens sobre partos e parteiras. Cf. BARBAUT, J. *O Nascimento através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar, 1994.

os valores da humanização. As velhas parteiras da ilha, as camponesas de Minas Gerais, as índias do Alto Rio Negro, as mulheres africanas e normandas e as mulheres pobres que vem ao HU, certamente dedicam boa parte de sua gravidez e do puerpério aos seus próprios rituais, saberes e lógicas próprios de seu universo: ainda que temporariamente suspensos ou subalternizados dentro do Hospital, para onde muitas mulheres se dirigem para dar à luz.

### **Conclusões, ainda que parciais**

Inserida num conjunto de práticas que buscam romper com a medicalização do processo do parto e do nascimento, a postura vertical não pode ser vista como sinônimo de maior humanização do parto, se tomamos como um critério humanizador a participação ativa e o respeito às decisões das mulheres. Nem a literatura nativa faz esta segmentação, nem as observações no HU indicam isto. Pelo contrário, é antes o conjunto do atendimento que deve ser considerado. Se levada à sério a idéia de empoderamento da mulher- sua capacidade de escolha e de decisão- como poderíamos dizer que Terezinha, múltipara de 8 filhos, tenha vivido um parto desumanizado após ter feito uma cesariana e “*conseguido*” o que mais queria- uma ligadura das trompas, cujo acerto escapou dos rigores da enfermagem, que via de regra encaminha a paciente a um processo demorado de informação/educação para, depois, fazer a escolha. Contrariando os ideais pedagógicos de um planejamento bem pensado, e decidida a acabar de uma vez por todas com sua trajetória reprodutiva à sua maneira, ela conseguiu, num provável acordo secreto e clandestino com o médico que realizou a cesárea e, num *casamento de conveniência* bem conhecido de todos, a almejada ligadura. Encontro Terezinha logo após o parto extremamente feliz, sobretudo porque *resolvera enfim seu problema*. Se tomamos em consideração o modelo da mulher que dá à luz consciente, tendo escolhido aquela gravidez e vendo na sua maternidade uma experiência prazerosa, então Terezinha entraria para o rol do parto convencional, agravado

---

<sup>574</sup> DOUGLAS, M.. op.cit.

pela junção de dois procedimentos – a cesariana e a esterilização, recurso comum no Brasil, alvo de duros e sábios questionamentos por feministas e sanitaristas.<sup>575</sup>

Ao mesmo tempo em que os ativistas da humanização advogam o direito de escolha da mulher, este se encontra limitado por outros pontos do mesmo ideário, comofala Renato:

O fato de eu considerar o parto vertical melhor para você e para o neném, eu não vou cair no mesmo erro e te obrigar a ficar de cócoras... O meu papel é orientar. Agora  *você tem que decidir dentro de opções seguras para você e para o teu neném*. Evidentemente, se você chegar aqui e quiser parar pendurada na janela, eu não posso permitir né? Agora,  *se tua opção for dentro de padrões internacionalmente aceitos, é outra história*. O sentido é esse. O papel do médico é informar as opções. (Renato, médico, Florianópolis)

Apontando para os limites do direito sobre o próprio corpo, Renato aponta para os deveres do próprio ofício do médico, em última instância, responsável pelo paciente. Vemos aqui que o ideário tem tensões de difícil resolução, ligadas a existência de dois sujeitos de direito envolvidos no processo (criança e bebê) e ainda, ao dever do médico no que tange à saúde e à vida desses corpos. Os casos citados relativos à amamentação apontam para essa mesma tensão, que de um lado revela a permanência dos ideais de maternidade, bem como da dimensão pedagógica e disciplinadora da estrutura da instituição hospitalar.

A Maternidade do HU pretende romper, na prática de sua assistência, com o modelo medicalizado e tecnocrático, seguindo o ideário do parto Humanizado. Além de auto-identificar-se como humanizada, é reconhecida como tal pelo Ministério da Saúde, e pela REHUNA. Mais ainda, é reconhecida pelas usuárias dos serviços maternos da cidade como sendo uma das que presta melhor atendimento na região, expressa na categoria nativa *bom atendimento*. Efetivamente, se comparada às demais da região, e tantas outras do país, apresenta consideráveis modificações, particularmente no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos: direito de escolha quanto à forma de dar à luz e de escolha de uma pessoa que a acompanhe durante todo o processo de parto, e ainda, alojamento conjunto. Existem, ainda, opções diferenciadas para aliviar as dores de parto, de certa forma à

---

<sup>575</sup> A questão é complexa, pois foi sabidamente utilizada como recurso de esterilização massiva e involuntária entre mulheres brasileiras, sendo até hoje denunciada como sendo alvo de “retenção de informação” por parte dos médicos Cf. (MINELLA, Luzinete.Op.cit.) A questão – tanto de esterilização quanto da cesárea – teria que ver com a omissão de informações acerca das conseqüências de ambas as intervenções, que fazem que tenha que se relativizar a idéia de livre demanda ou livre escolha. No entanto, o caso aqui citado parece indicar ainda que neste contexto- uma demanda consciente da parturiente.

disposição da parturiente, a depender da disponibilidade da equipe e também de seu conhecimento prévio e determinação. As mulheres têm, também, acesso ao conhecimento prévio da instituição, podendo participar de cursos de casais grávidos, de forma gratuita e de reconhecida qualidade. Não são objetos de cesáreas marcadas pelos médicos, antecipadamente, em função dos seus desejos de tempo e de remuneração; recebem informações acerca do processo do parto, do puerpério e ainda, são encaminhadas ao serviço de planejamento familiar do próprio hospital. Além disso, o espírito de colaboração (poderíamos dizer, o espírito Leboyer, conforme sugere Michel Odent) está presente entre a maior parte das equipes, se não em todos os profissionais, pelo menos em sua maioria. As mulheres são chamadas pelo nome e os conhecidos xingamentos, feitos pelas equipes referentes à gravidez indesejada (*na hora de fazer, foi bom, agora vais ver o que é bom*), não se escutam por aqui - pelo menos eu nunca escutei nem ouvi dizer de outrem. Quando não há leitos e uma mulher chega em estágio avançado de trabalho de parto, jamais será ignorada, como vimos na notícia de jornal referida na Introdução: no HU '*sempre se dá um jeito*', improvisando leitos, deslocando pacientes em melhor condição para outros setores, ou qualquer outra forma de resolver o problema.

No entanto, a presente etnografia mostrou muitos pontos nevrálgicos da assistência dentro do hospital; o predomínio de representações essencialistas que, ao celebrar o parto de cócoras, imprimem ares de fracasso aos partos cirúrgicos; a entronização da amamentação como função materna primordial, definidora da identidade feminina e do amor materno, naturalizando mais uma vez a noção de feminilidade e, neste caso, não respeitando o direito de escolha da mulher. No processo do parto a tensão entre direitos da mulher versus direitos da criança está presente, mas nessa ocasião ela parece ser menos explícita e subordinada à própria noção de parto fisiológico: os investimentos sobre as parturientes, em termos de normatizar seus comportamentos, são tímidos, restringindo-se aos casos de descompensação, e apontam para o respeito dos profissionais durante a fase liminar do ritual, já nos tempos do Alojamento Conjunto. Tempo de reagregação à sociedade, a mulher empoderada do momento do parto, volta, no tempo do alojamento e em torno da amamentação, a um lugar subordinado, sobretudo se não atender a esta expectativa de amamentar. A partir da noção de que uma boa mãe é quem amamenta, as profissionais sentem-se autorizadas, em nome da saúde do bebê, a intervir sobre o ato da amamentação,

não deixando dúvidas acerca da dimensão disciplinar e fortemente coercitiva da clínica médica e, ao mesmo tempo, a centralidade da amamentação nas representações da maternidade, como já mostrara Elizabeth Badinter, em seu clássico estudo sobre o assunto. Se as mulheres desejam e podem atender esta expectativa, como em geral acontece, não há tensões. Mas são as situações críticas é que revelam as facetas mais desumanas, chamando atenção para as heterogeneidades da assistência. Certamente, mais estudos sobre a experiência das parturientes na instituição seriam importantes para aprofundar esta situação; aqui o foco esteve na interação entre equipe e usuárias e na concretização do ideário humanizador no cotidiano da Maternidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### Feminismo, parto e empoderamento

A proposta deste trabalho foi analisar o ideário do Parto Humanizado e algumas das ações desenvolvidas no âmbito desse Movimento, buscando observar as transformações que o mesmo viabiliza em termos da assistência ao parto e como a REHUNA se articula com o feminismo.

Ao pretender mudar certas concepções arraigadas profundamente na cultura, ou mesmo, nas estruturas inconscientes da mente humana, o feminismo esbarra em dificuldades que têm alimentado um intenso debate acerca das origens da desigualdade social entre homens e mulheres, discussão esta intimamente relacionada à dimensão do corpo, da sexualidade e da reprodução.

Entendo que o feminismo é um movimento social imbuído da ideologia individualista, estendendo seus valores às mulheres; projeto este que não resulta ser fácil, seja nas esferas do trabalho, da educação e da política, muito menos na medida em que ‘atravessa o “umbral da porta de casa”’, como sugere Joan Scott. Na verdade, como vimos neste estudo que tem por foco o parto, o que se passa na dimensão familiar está relacionado com as demais esferas da vida social, no mundo do trabalho, da economia e da política.

Analisando o feminismo nos anos 80 a partir de uma perspectiva antropológica, Bruna Franchetto, Maria Luiza Heilborn e Patrícia Cavalcanti<sup>576</sup> refletem acerca das dificuldades do projeto individualista se inserir no âmbito da família, vista, por elas, como o *domínio social mais renitente às mudanças*, dada sua estrutura fortemente hierárquica. As autoras levantam um ponto central que está presente no Parto Humanizado, particularmente aquele desenvolvido no terreno hospitalar, como vimos no capítulo VI: o fato de que o processo de parto envolve dois sujeitos de direito (a mulher e o bebê) e que nem sempre as escolhas das mulheres podem ser efetivamente *atendidas* dentro do hospital – antes, estas escolhas devem considerar os ditames científicos, sejam eles as concepções tradicionais ou os novos padrões da *medicina baseada em evidências*. Esta tensão remete, mais uma vez, à

---

<sup>576</sup> FRANCHETTO, B.; HEILBORN, M.L.; CAVALCANTI, M.L.. Antropologia e feminismo. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

idéia de que as pessoas (bebê/mulher) são corpos que fazem parte da população, tendo os médicos como guardiões desses corpos e dessas vidas. Tal tensão é de difícil resolução, sobretudo no âmbito hospitalar, já que fora dele vicejam outras concepções de saúde, morte e vida, como vislumbramos no universo das parteiras do interior.

Atualmente, tem havido uma redução acentuada da população brasileira no que se refere ao número de filhos por família; vê-se crescer o valor da infância e antecipar a noção de criança – indivíduo, sendo o feto e /ou o embrião considerados, cada vez mais, como seres humanos dotados do direito à vida. Nesse ponto, a temática do parto vem ao encontro das discussões acerca do aborto e das Novas Tecnologias da Reprodução, cujo cenário é ocupado pelos mesmos atores políticos, empenhados em participar da seleção dos critérios definidores da vida e da cidadania, com posições divergentes: igrejas, estado, partidos políticos, movimentos sociais.

No ideário do Parto Humanizado, há uma grande valorização da infância e da primeira infância, como bem expressa a história de Natureza, Otávio e de Maria. Este significativo apreço pode ser tributado ao *ethos* da geração *Leboyer*, mas já estava presente no Parto sem Dor, de forma mais tênue. O desejo de gerar um filho não está descolado, no campo do Parto Humanizado, da idéia de contracepção; ao contrário, os filhos são poucos, planejados e desejados e a preparação para sua vinda implica em uma estreita colaboração – limitada à esfera biológica – entre homem e mulher, daí a importância da categoria casal e pai grávido. A vontade de ter um filho saudável que possa desfrutar de uma infância feliz tem se concentrado neste movimento pela humanização do parto, uma vez que concentra profissionais que atuam na assistência ao parto e ao nascimento, permitindo rupturas consideráveis com a tradição médica e religiosa, patriarcal e pessimista, que orienta, até hoje, boa parte das práticas gineco-obstétricas, mesmo que muitas vezes com a adesão das mulheres.

De um lado, a valorização da infância parece ter contribuído para o respeito da maternidade enquanto função social, de outro, a importância que o próprio movimento feminista atribui às tarefas desempenhadas por mulheres e à desigualdade na valorização destas atividades: os trabalhos executados pelas mulheres em torno dos cuidados com

crianças são, nesta perspectiva, *trabalho social*.<sup>577</sup> Estas demandas estiveram presentes nas agendas feministas e nos debates teóricos, gerando desdobramentos em termos de políticas sociais no campo da assistência à saúde e no mercado de trabalho, como, por exemplo, a licença-maternidade e a licença amamentação, o direito a creche e a expansão da educação infantil. No entanto, cabe lembrar que estes direitos têm sido ameaçados constantemente no contexto das reformas neo-liberais dos últimos anos, da perpetuação de valores patriarcais, além do fato de a maternidade ter sido, até hoje, um dos motivos para as demissões ou não-contratação de trabalhadoras e profissionais.

A REHUNA, desde sua origem, conta com pessoas e grupos vinculados ao feminismo, entre eles, o Curumim, personagem desta pesquisa, cujo trabalho consolidou-se em torno dos temas do parto e da saúde da mulher. Vale salientar que a centralidade das demandas feministas referentes à saúde e à sexualidade permite uma circulação de pessoas, projetos e idéias entre feministas e a Rede, guardadas, obviamente, as diferentes proporções entre ambas.

Um dos pontos mais importantes nesta circulação entre os movimentos é a apropriação e interpretação de categorias e conceitos. Uma das que merece destaque é a noção de empoderamento, que tem sido utilizada cada vez mais entre os/as *rehunidos/as* para designar vários processos ligados ao parto, dos quais passo a falar agora.

Ao analisar a popularidade que a categoria *empowerment* vem adquirindo no contexto do feminismo na última década, Magdalena León argumenta que há três sentidos envolvidos com tal conceito, ligados às tradições teóricas das ciências sociais: o gramsciano, o foucaultiano e a acepção freiriana, bastante conhecida dos movimentos sociais e feministas da América Latina. A autora chama a atenção para a necessidade de analisar como os processos de empoderamento se dão no cotidiano das populações:

*Debido a que el empoderamiento tiene significados diferentes en cada escenario y es diferente para cada individuo o grupo y requiere una buena dosis de exploración empírica de los detalles prácticos del empoderamiento. Una mayor preocupación por la investigación y la sistematización de experiencias es parte de la agenda para aumentar el potencial del empoderamiento como herramienta de análisis y como instrumento de cambio. Para el movimiento de mujeres de América Latina*

---

<sup>577</sup> Cf. SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo. *Cadernos Pagu.*, Campinas: Unicamp, n. 16, 2001. p. 141.

*es necesario tener una comprensión mas clara de los procesos de empoderamiento y de las condiciones bajo las cuales ocurre.*<sup>578</sup>

O material etnográfico analisado neste trabalho é auspicioso para refletir sobre o sentido proposto pela autora: de como o Parto Humanizado interpreta esta concepção, uma vez que ela tornou-se parte das categorias nativas utilizadas no universo da REHUNA.

Foram observados vários níveis deste empoderamento no campo do Movimento: um deles refere-se ao processo do parto enquanto um evento ligado à vida e à sexualidade da mulher. Aqui, dentro de uma celebração do parto, temos uma concepção de empoderamento das mulheres: elas passam, a partir do Parto Humanizado, de uma posição passiva e doentia, da idéia de submissão e de subserviência às demandas hospitalares, a outra posição, mais autônoma e mais independente. Mas cabe destacar, no que diz respeito ao modelo tradicional, que há mudanças no sentido do empoderamento; no entanto, se compararmos a realidade dos partos domiciliares alternativos, ou, mais ainda, os partos feitos pelas *parteiras das antigas*, pode-se perceber o quanto a autonomia dentro da clínica médica é relativa e o quanto a humanização garante liberdade àquelas mulheres que compartilham dos mesmos ideais. Mas, mesmo entre estas, não é raro depararmos com frustrações e sentimentos de fracasso: são os casos das mulheres alternativas que, tendo seguido todas as lições da humanização, defrontam-se com cesáreas impensáveis, depressões pós-parto, problemas na amamentação e outros tantos imprevistos. O parto, mesmo aquele planejado com antecedência pela família, não deixa de ser, como todo evento humano, um acontecimento sobre o qual não se têm garantias absolutas.

Neste sentido, a capacidade de gestar e dar à luz é vista como positiva, e os momentos cruciais na transformação de uma mulher em mãe são celebrados. Os profissionais perdem parte de seu poder, que é recuperado por ela – entende-se que outrora as mulheres detiveram o poder de dar à luz sem interferências da medicina e, que esta capacidade repousa em sua biologia/fisiologia. O parto humanizado, portanto, implica em transferir este poder – um poder sobre o corpo – dos profissionais para a parturiente.

---

<sup>578</sup> LEON, M. Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, CFH/CCE/UFSC, n 2, v. 8, p. 191-205,2000.

Vimos, no entanto, que, embora considerado natural ou fisiológico, há todo um trabalho de preparação a ser feito pelas gestantes no sentido deste empoderamento.

Processo este que, sobretudo nos contextos urbanos, requer uma rede de especialistas em diversas áreas ligadas ao parto, tal qual Tânia Salem e Maria Isabel Almeida, mostraram em seus estudos sobre o tema nos anos 80.

Aqui, nos deparamos com um dos dilemas do próprio conceito, apontado também por Magdalena León: é possível empoderar a outrem? Escutam-se, com frequência, no âmbito do movimento, frases como as que seguem: “Eu devo empoderar esta mulher para que ela dê a luz de forma natural...” ou ainda: “Eu busco empoderar as mulheres apoiado nas evidências científicas”, além das outras que foram referidas ao longo do trabalho.

Não pretendo, com isto, defender um controle do uso e da interpretação de conceitos, pelo contrário, a apropriação das idéias geradas pelos movimentos sociais ou por teorias, como as feministas, é um dos pontos mais interessantes mantidos pelas políticas culturais que os movimentos sociais produzem. Certo é que as evidências científicas apoiadas pelo Movimento vêm de encontro, grosso modo, com reivindicações contemporâneas ligadas a demandas civis; muitas destas, influenciadas pelos movimentos feministas. Mas, não estaremos, aqui, diante de um paradoxo, cujas raízes vão desde o conceito de empoderamento até a noção de parto natural?

O empoderamento no ato de dar à luz, para o Parto Humanizado, refere-se à capacidade da mulher recuperar um poder natural de parir, atributo essencialmente feminino. Esta capacidade, como vimos, é construída, é fruto de um processo sócio-cultural, o qual o próprio Movimento, ao divulgar suas idéias, ajuda a instituir. Esta concepção parece ter uma dupla face: de um lado, atribui ao parto um valor positivo (parir é ter poder), de outro, reitera o mito da maternidade, uma vez que propugna um determinado modelo de família e de mãe de questionável universalidade, como vimos neste trabalho, tanto no âmbito hospitalar quanto fora dele, ou seja, nos partos atendidos pelas parteiras do interior.

Observou-se, também, outra dimensão do empoderamento: as propostas de humanização implicam em reconhecer e legalizar o exercício profissional de mulheres na atenção ao parto, desde as enfermeiras obstétricas até as parteiras capacitadas pelos programas oficiais. Assim diz o documento pioneiro da OMS referente à humanização, em

seu item 11: “A formação de obstetrias e parteiras profissionais deve ser encorajada, pois a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais deve ser delegada a essas profissionais.”<sup>579</sup> Também, aqui, empoderamento remete à noção de que se recupera um saber (profissional) e um poder perdido, ou, no caso da medicalização, confiscado pela medicina ocidental. No entanto, a divisão do trabalho e do poder na assistência não deixa de permanecer generificada: às mulheres, os partos mais fáceis, aos médicos, os partos complicados. Tais mudanças certamente são auspiciosas para as mulheres, que “voltam à cena do parto”, mas haveria que se analisar, em futuras pesquisas, quais as implicações econômicas de tal feminização da assistência, já que os níveis salariais entre médicos e enfermeiras não são similares e que, não podemos esquecer, um dos objetivos das políticas da humanização refere-se ao rebaixamento dos custos da assistência em países pobres.

Mesmo assim, cabe destacar a enorme resistência das corporações médicas em aceitar as propostas humanizadoras: polêmicas recentes envolvendo a Casa de Parto do Realengo, no Rio de Janeiro, por exemplo, ou o rol de acusações ao parto de tipo *humanístico*, como referimos no capítulo IV, levantadas durante o processo judicial envolvendo um caso de morte materna, anteriormente referida, mostram o quanto à legitimidade da OMS é uma ficção. Que não nos causem espanto tais reações e polêmicas, elas fazem parte da história da assistência ao parto, como vimos no capítulo II, e não bastarão decretos e leis para que pessoas de carne e osso mudem a forma como aprenderam a ver e a assistir os partos. Ao mesmo tempo, o poder de influência das corporações médicas sobre os governos, e, mesmo, a timidez com que as propostas de humanização têm sido levadas pelos gestores de saúde, mostra as bases sólidas que o *status quo* médico ocupa no contexto da sociedade brasileira.

Uma interpretação muito significativa envolve a noção de empoderamento que sustenta o trabalho com as parteiras tradicionais, em que a tradição freiriana, referida por M. Leon, parece clara: mais do que reconhecer, tornar visível e legitimar as práticas tradicionais das parteiras, há também a dimensão da escuta cultural: *curuminhas*, *rehunidas* e feministas têm sido unânimes em reconhecer que nestes *lugarejos distantes e pobres*, há muito mais do que carecimentos e faltas, há alteridade. Creio que é neste âmbito que as

---

<sup>579</sup> WHO. *Consensus conference on appropriate technology for birth*. Fortaleza/Brasil, 1985. (ANEXO)

relações com a própria Antropologia têm se reveladas proficuas, como mostram os estudos que vêm sendo feitos junto ao Curumim, referenciados no capítulo V.

Em uma perspectiva engajada em mudanças sociais mais amplas, com as quais o feminismo de base da REHUNA está comprometido, estes trabalhos, no entanto, não deixam de estar vinculados a uma dimensão macro-social: aí, poderia se pensar em seus limites no cenário das políticas de ajuste estrutural que barraram a grande parte da população – incluindo aquelas das regiões nas quais atuam as parteiras – o acesso aos bens de consumo coletivo. Este aspecto, a pesquisa não abarcou; uma análise específica e profunda das políticas públicas e dos programas de humanização na perspectiva macro-econômica, certamente deve ser feita; no entanto, creio que deva dialogar com estudos qualitativos e microscópicos como o que realizei aqui. Desta forma, procurei demonstrar como as grandes diretrizes políticas da OMS se concretizam em especificidades locais e pelas mãos de pessoas de carne e osso.

Por fim, cabe refletir acerca da reprodução do mito da maternidade no campo da REHUNA, que está presente sobretudo na noção de empoderamento da mulher que dá à luz, um dos objetivos da humanização da assistência, juntamente com bom nascimento do bebê. Tal situação evoca situações pregressas, como a importância política da crença em um matriarcado original, nos anos 70, mito compartilhado pelas feministas e visto como fonte explicativa da opressão da mulher e da possibilidade utópica de ‘retomar o poder confiscado pelos homens’. Neste sentido, creio que a reflexão feita pelas estudiosas anteriormente citadas acerca das relações entre antropologia e feminismo são extremamente atuais: “Os mitos produzidos pelo feminismo, vistos como visões do desejo de mudança, revelam não uma validade científica, há tempo contestada, mas uma força política. Fornecem, assim, ao nível ideológico, a força de uma estrutura totalizante e totalmente significativa para a procura da identidade de um novo sujeito social: a mulher particular e das mulheres enquanto grupos.”<sup>580</sup>

O ideal da *mulher selvagem* que circula no âmbito do Movimento pode ser visto de forma similar. As noções de intuição, natureza interior, saberes ancestrais e mesmo de uma *boa selvagem* embasam a idéia de que é possível resgatar esta natureza perdida pelo processo tecnológico e civilizatório ocidental, que têm sido recuperadas pela vertente

---

<sup>580</sup> FRANCHETTO, B et.al., op. cit.

feminista esotérica, ou alternativa, não apenas neste Movimento mas em várias neo-religiosidades contemporâneas.

Tributo a este mito da mulher selvagem, presente no Parto Humanizado uma grande eficácia – notadamente entre as mulheres. É certo que a REHUNA envolve sobretudo profissionais da assistência, mas, como vimos antes, estes vinculam seu pertencimento ao Movimento em função de experiências e processos individuais ligados aos próprios partos e/ou nascimento dos filhos, ou seja, a circulação do *mito da mulher selvagem* entre os integrantes da Rede não é apenas um modelo pedagógico a ser ensinado às parturientes (embora também o seja); é, antes, uma idéia que alimenta o Movimento porque faz sentido para os sujeitos nele inseridos, indo além da sua profissão e abraçando a dimensão existencial, da qual os relatos de conversão, analisados no capítulo IV, são emblemáticos. A eficácia desta crença no âmbito do movimento não impede que se possa colocá-la em perspectiva e analisar suas implicações e envoltimentos.

Muitas questões foram suscitadas por esta pesquisa, entre elas, as relações entre medicina, gênero e ciência, entre parto e parentesco, sobre a estética do parto e da gravidez, sobre o universo simbólico das parteiras, as narrativas de partos, as relações entre as organizações de parteiras e os movimentos feminista e indígena, entre tantas outras. Espero, com este estudo, ter trazido à luz o Movimento do Parto Humanizado, suas idéias e suas ações, apontando para a complexidade das questões que dizem respeito ao parto, razão pela qual sempre estiveram envolvidas em relações de poder.

## GLOSSÁRIO

**Amniotomia** - ruptura artificial da bolsa amniótica

**Apgar**- teste utilizado para avaliar a vitalidade do recém nascido no primeiro e quinto minutos de vida (postulado por Virginia Apgar, anestesiista Canadense, em 1954)

**BCF**- Batimentos cardíacos fetais .

**Cardiotocógrafo** –Aparelho eletrônico que permite a avaliação e o registro dos BCF e das contrações uterinas, simultaneamente.

**Cesárea:** Parto cirúrgico

**Curuminha**- ativista do Grupo Curumim

**Deambulação** - ato de caminhar, andar.

**Dequitação** – expulsão e/ou saída da placenta após o parto

**Distócia:**Caracteriza uma situação anormal do trabalho de parto, o contrário de parto eutócito ou eutócia. Pode ser de trajeto, de evolução, de apresentação, entre outros.

**Dilatação:** Dimensões do orifício do colo uterino (cérvico) que permite avaliar o progresso do trabalho de parto.

**Doulas** - são mulheres que já deram à luz, e auxiliam no acompanhamento do processo de parto visando prestar apoio emocional. Acompanhante não especialista.

**Drogas ocitócitas (ocitocina):** medicação que quando administrada aumenta a frequência e/ou intensidade das contrações uterinas.

**Eclâmpsia:** último estágio de doença hipertensiva específica da gravidez (toxemia) que se caracteriza além de níveis tensionais altos, convulsões e perda de consciência

**Episiotomia:** corte realizado na região perineal – no momento do parto- com objetivo de facilitar a saída da apresentação fetal.

**Episiorrafia:** sutura realizada na região perienal com vistas a recuperar os danos da episiotomia.

**Enema:**lavagem intestinal

**Expulsivo**(fase expulsiva): período que se inicia com a dilatação do colo do útero completar os 10 cm e simultaneamente a mulher começa a sentir desejos de puxos (já pode ter começado antes, aqui fica urgente)

**FM:** Feto Morto

**Indução:** utilização de substâncias ou manobra que provocam o início das contrações uterinas para dar início ao trabalho de parto.

**Infecção puerperal:** doença infecciosa que relacionada com o parto.

**Iatrogenia-** dano causado por erro médico involuntário.

**Kundalini:** meditação praticada pelos discípulos de Rajneesh

**Litotomia-** posição horizontal em decúbito dorsal (de costas) adotada pela mulher com as coxas flexionadas sobre o abdômen e as pernas apoiadas num suporte.

**Multípara-** paciente com mais de um parto anterior.

**Maternidade Segura-(Safe Motherhood)** iniciativa da OIMS que confere título às maternidades que atendem aos critérios de atendimento considerados exemplares na atenção a parturiente e ao recém-nascido.

**Método dr. Lamaze ou parto sem dor.** Um dos mais conhecidos métodos psicofiláticos

**Ocitocina** – ver drogas ocitócitas.

**Ohm-** mantra utilizado na **Yôga,**

**Parto gemelar-** parto de gêmeos

**Partograma** – procedimento (administrativo) técnico no qual são registrados todos os dados referentes à evolução do trabalho de parto e parto de uma parturiente.

**Parto pélvico** - é um tipo de distócia, das mais difíceis de resolver, na qual o feto encontra-se na posição invertida, e a apresentação, a parte do RN que primeiro se externaliza é a pelve

**Pinard-** pequeno instrumento manual utilizado para ouvir os batimentos cardíacos do bebê.

**Placenta Prévia** – situação na qual a placenta é expulsa antes do feto e que leva a sangramento intenso e risco eminente para o RN.

**Psicofilático:** método baseado na preparação neuro-psicológica da mulher para o parto

**Posição supina** – semelhante ao decúbito dorsal

**Pré-Eclâmpsia:** doença hipertensiva específica da gravidez que se caracteriza pela presença de edema (inchaço), hipertensão arterial e albuminúria (presença anormal de moléculas de proteínas na urina)

**Primípara (ou nulípara):** Mulheres que nunca tiveram partos e estão cursando uma gravidez. Primípara= mulher que está grávida ou teve sua primeira gestação. Nulípara= nunca engravidou ou teve filho.

**Puerpério:** período que começa imediatamente após o parto e conclui 40 dias após o mesmo, e no qual se produzem importantes modificações do organismo materno com tendência a levá-lo a sua condição pré-gravídica .

**Puxo:** intenso desejo de fazer força produzido por reflexo iniciados no período expulsivo (puxos dirigidos: (convencional) esforços que podem ser ampliados e intensificado voluntariamente mediante estímulos e ordens fornecidas às parturientes.

**Puxos espontâneos(naturais):** semelhante ao anterior, mas sem a participação, estímulo e ordens de terceiros.

**Rehuidos:** militantes e ativistas vinculados à REHUNA

**RN:** Recém- Nascido

**R1:** residente de primeiro ano

**R2-** residente de segundo ano

**Sonar :** aparelho para ouvir os BCFs

**Tricotomia** -Raspagem dos pelos pubianos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKRICH, Madelaine. La peridurale: une choix douloureux. *Cahiers du Genre*. De la contraception à l'enfantement, Paris: L'Harmattan, n. 25, p. 17-48,1999.
- \_\_\_\_\_ ; PASVEER, Bernike. *Comment la naissance vient aux femmes*. Paris: Synthélabo/Les Empêcheurs de penser en rond, 1996.
- ALBERT, Bruce. L'or canibale et la chute du ciel. *L'homme* v.2-4, p. 349-378, avr./déc.1993.
- ALMEIDA, Manuel Antônio. *Memórias de um sargento de milícias*. São Paulo: Ática, 1986.
- ALMEIDA, Maria Isabel Mendes. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- ALVARENGA, Maria Augusta; HOTIMSKI, Sônia. Um acompanhante na hora do parto. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC v.10, n.2, p. 461-482, 2002.
- ALVAREZ, Sonia; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo(Orgs.) *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2000.
- ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Brito. O Parto na maternidade: qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: BARBOSA, Regina, AQUINO, Estela; BERQUÓ, Elza. *Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Editora da Unicamp, 2002. p. 279-307.
- AMADO, Janaína. A culpa nossa de cada dia. Ética e história oral. *Projeto História*, São Paulo, PUC. n.15, p. 145-155, 1997.
- ARAÚJO, Benedita. *Superstições populares portuguesas*. Lisboa: Colibri, 1997.
- ARIÈS, P. *História social da infância, da família e da criança*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.[1973]
- ÁVILA, Maria Betânia. *Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres*. Trabalho apresentado no Seminário Estudos de Gênero face aos dilemas da Sociedade Brasileira, Itu, 2001.
- \_\_\_\_\_ . ; CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIÁZ, J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/Population Council, 1999. p.70-103.

- AZEVEDO, Martha . Respeito e Integração de saberes de mulheres indígenas. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. s.l. 23 Agosto de 2001. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/jornal.>,>acesso em 23 ago.2001.
- BADINTER, Elizabeth. *L'amour en plus*. Paris: Flammarion, 1980.
- BASTIANI, Mara. *Escolas alternativas: pedagogia da resistência*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- BASTOS, Cristiana. *Ciência, poder, acção: as respostas à SIDA*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- BASTOS, Maria Gorete Menezes. Representações e práticas ligadas ao parto de índios residentes na cidade de São Gabriel da Cachoeira. *Medicinas tradicionais e política de saúde na Amazônia*. Belém: Museu Emilio Goeldi, p.111-123, 1991.
- BARROS, Sônia M. Artefatos do gênero na arte do barro: masculinidades e feminilidades, *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC, 2001
- BEAUVOLET-BOUTOUYRIE, Scarlet. As parteiras-chefes da Maternidade de Port-Royal. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC, v.10, n.2, p. 403-414. 2002.
- BEHAR, Ruth; GORDON, Deborah. *Women writting cultures*. Berkeley/Los Angeles/London:University of California Press, 1986. p.119-142.
- BERQUÓ, Elza. Brasil: Um caso exemplar- anticoncepção e partos cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. *Revistas Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, UFRJ/UERJ,v. n.2, p. 366-381, 1993.
- BELLUCCI, Mabel. El movimiento de madres de Plaza de Mayo. In: LOZANO,F;PITA,V.;INI,M.G. (Org) *Historia de las Mujeres en la Argentina*. Buenos Aires: Taurus, Tomo II, 2000, p. 267-285.
- BERTAUX, Daniel. *Les récits de vie*. Paris: Nathan Université, 1997.
- BÍBLIA. A.T. Gênesis. Português. *Bíblia Sagrada*. Edição Pastoral. São Paulo: Paulus, 32. reimpressão, 1999. Cap.1, vers. 16.
- BONALS;Leticia; GORDILLO, Ana. O trabalho das parteiras em comunidades indígenas mexicanas. In: COSTA, Albertina; AMADO, Tina (Orgs.) *Alternativas Escassas*. Saúde reprodutiva e sexualidade na América Latina. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Editora 34, 1994. p. 109 - 141.
- BONET, Octávio. Saber e Sentir: Uma etnografia da aprendizagem em bio-medicina. *Revista Physis*, v. 9, n.1, p.123-150. 1999.

- BONETTI, Aline de Lima. *Entre mulheristas e feministas: uma etnografia das novas formas de participação política*. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina..
- BOSCHI, Renato. *A arte da associação*. Rio de Janeiro: Vértice/Iuperj, 1986.
- BOSI, Ecléa. *Lembrança de velhos*. Memória e Sociedade. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Ática, 1982, p. 203-229.
- \_\_\_\_\_. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.
- \_\_\_\_\_. *O Campo Científico. Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1986. (Coleção Grandes cientistas sociais).
- \_\_\_\_\_. Entrevista In: *Teoria e educação*. n.3. Porto Alegre: Pannonica, 199, p.3-8. (Entrevista concedida a Menga Lüdke)
- \_\_\_\_\_. Marginalia – algumas notas adicionais sobre o dom. *Mana – Estudos de Antropologia Social*. Rio de Janeiro, Museu Nacional, v. 2., n.2., 1996, p.7-20.
- \_\_\_\_\_. *La domination masculine*. Paris: Seuil, 1998.
- BRASIL. *Maternidade do Hospital Universitário*. Comissão multiprofissional de assessoria para implementação da maternidade. Florianópolis, 1992. (Relatório das Atividades)- Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático. Maternidade Segura*. 1996.
- BRASÍLIA. Ministério da Saúde. *Resolução 196/1996*. Regulamenta a pesquisa feita com seres humanos em todo território nacional. *Bioética: Revista do Conselho Federal de Medicina*. v. 4 (suplemento) 1996
- BRASÍLIA. Ministério da Saúde. *Assistência ao parto normal*. Maternidade Segura: Guia prático. Traz as recomendações feitas acerca da humanização da assistência ao parto e as referências dos estudos científicos que embasam tais recomendações. Tradução do documento da OMS. Brasília, 1998.

- BRASIL. Ministério da Saúde/ Curumim. *Livro da parteira*. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Área Técnica da Saúde da Mulher. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Grupo Curumim Gestação e Parto Natural., 2. ed., Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Oito passos para a maternidade segura. Brasília, 1995. Panfleto.
- BRENNES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil: século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p. 135-149, abr/jun.1991.
- \_\_\_\_\_. Histoire de l'accouchement sans douleur au Brésil. *Les dossiers de l'obstétrique*. s.l. p.10-12, août-sept. 2003.
- BRIGNOL, Juliani. *Mães em Novas Mãos: Relatório de Pesquisa*. UDESC, 1999.(mimeo)
- \_\_\_\_\_. J. *A dilatação dos sentidos*. Florianópolis, 1999. Trabalho de Conclusão (Curso de História). Universidade do Estado de Santa Catarina. p. 69.
- \_\_\_\_\_; TORNQUIST, C.S. *Mães em velhas mãos: modernidade e maternidade em grupos populares ilhéus*. Florianópolis: UDESC/ CCE, 1998. (mimeo)
- BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria. Médicas, arquitetas, advogadas e engenheiras: mulheres em carreiras profissionais de prestígio. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro/Florianópolis, UFRJ/UFSC, v.7.n.1, p. 9-24, 1999.
- HOLLANDA, Heloísa Buarque de. *Impressões de Viagem*. CPC vanguarda e desbunde. Rio de Janeiro: Rocco, 1982.
- BUENOS AIRES. Lei n. 1040/03, de 12 de junho de 2003. Dispõe sobre o direito das mulheres no transcurso do processo do parto escolher uma pessoa para acompanhá-la. 12/06/2003. Publicado em *Creavida: gerar, parir y nacer*. Buenos Aires, Creavida, nov. 2003. p. 32.
- CABRAL, Osvaldo Rodrigues. *Medicina, médicos e charlatães do passado*. Florianópolis, 1974-77. (Arquivos Catarinenses de Medicina).
- CARDOSO, Ruth. *Movimentos sociais: Balanço Crítico*. São Paulo:1983.
- \_\_\_\_\_. Aventuras do antropólogo em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, Ruth (Org.) *A aventura antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. p. 95-106.

- CARNEIRO, Livia.; VILELA, Maria Ester. Parteiras da Floresta. In: JUCÁ, Luiza; MOULIN, Nilson(Org.) *Parindo um novo mundo*. Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá. São Paulo: Cortez/UNICEF, 2002. p. 69 - 86.
- CARON-LEULLIEZ, Marianne. Obstétrique et guerre froide: La bataille de l'accouchement sans douleur. In: MUARD, Raymond. *Pratiques politiques dans la France contemporain*. Montpellier: Universidade Paul Valéry, 1995. p. 179- 195.
- CARNEIRO. In: *Enciclopédia de Santa Catarina*. v. 13, p. 49.
- CARRICABURU, Daniele. Les sages-femmes face á l'innovation technique.In: AÏACH,P :FASSIN,D. (Org.) *Les métiers de la santé: enjeux de pouvoi et quête de légitimité*. Paris: Anthropos. s.d, p. 285.
- CARVALHO, I.; VIANA, A.P.G.;CHACHAM, A. *Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco*.Trabalho apresentado no IX Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, São Paulo, 1996.
- CASTELLS, Manuel. *La era de la información: el poder de la identidad*. Madrid: Editorial Alianza,1998, v.2.
- CASTILLO, I. F. Por qué seguimos sufriendo? *Boletín de la RELACAHUPAN* (Red Latino-americana e Caribeña por la Humanización del Parto y del Nacimiento (Entrevista, [www.relacahupan.org](http://www.relacahupan.org) >Acesso em: dez.2003.
- CIMS (Coalizão para a Melhoría dos Serviços de Maternidade. Informe Técnico: Nasce nos EUA a 'iniciativa para o parto respeitoso'. *Arquivos brasileiros de pediatria*, Rio de Janeiro, v. 4., n. 4., p. 111-113, 1997.
- CARVALHO, I.; VIANA, A P.G.; CHACHAM, A. *Parteiras tradicionais e suas práticas na área rural de Pernambuco*. Trabalho apresentado no IX Encontro de Estudos Populacionais da ABEP, São Paulo, 1996.
- CHAZAN, Lilian. *Ultra-som e consumo: uma discussão sobre a construção do gênero antes do nascimento*.Trabalho apresentado na XXII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, Gramado, 2002.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- COSTA, Lúcia Helena Rodrigues. *Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar*. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- CORREA, Alejandra. Parir es morir un poco. In: LOZANO, Gil;PITA, Valeria; INI, María Gabriela. *Historia de las mujeres en Argentina*. Buenos Aires: Taurus, Tomo 1, 1999, p. 193- 213.

- CORRÊA, Sonia. *Gênero e saúde: um campo em transição. Percursos, possibilidades, desafios*. Trabalho apresentado no Seminário Estudos de Gênero face aos dilemas da Sociedade Brasileira. Itu, 2001.
- CRAPANZANO, Vicent. *Tuhami: Portrait of a moroccan*. Chicago: Chicago University Press, 1985.
- CRUISCHANK, Julie. Tradição oral: revendo algumas questões. In: AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta (Orgs.) *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.149-165.
- DA MATTA, Roberto. *Relativizando: ensaios de antropologia social*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Carnavais, malandros e heróis*. Petrópolis: Vozes, 1980.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an american rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1984.
- \_\_\_\_\_. Humanização do parto: entrevista com Robbie-Davis Floyd. *Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis, UFSC, v.10, n.2, p. 389- 398, 2002
- DE LAMARE, Rinaldo. *A Vida de seu bebê*. 41.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
- DEL PRIORE, M. Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.
- DIÁRIO Catarinense. Mãe dá à luz na porta do hospital. Diário catarinense. Florianópolis, 21 jan. 2004, p.19.
- DINIZ, Carmen Simone Grillo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: *A vitrine da humanização do Parto em São Paulo: Textos de Apoio*. São Paulo, 1999, mimeo.
- \_\_\_\_\_. *Entre a técnica e os direitos humanos: limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e nascimento*. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Universidade de São Paulo.
- DOMINGUES, Rosa Maria. A Presença de um(a) acompanhante durante a atenção ao parto – a experiência da maternidade Leila Diniz. In: BARBOSA, Regina Maria et al. (Org.). *Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas/Rio: Editora da Unicamp;IMS, 2002.

DOUGLAS, M. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

\_\_\_\_\_.; WILDAWSKI; *Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press, 1998.

DRUMMOND, J.P.; SILVA, E. *Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico*. São Paulo: Atheneu, 1998.

DUMONT, Louis. *O individualismo: uma perspectiva antropológica*. São Paulo: Rocco, 1985.

DURHAM, Eunice. Movimentos sociais: a construção da cidadania. *Novos Estudos Cebrap*. São Paulo, Cebrap, n.10., p. 24-31, out.1984.

DURHAM, Eunice. A pesquisa antropológica com populações urbanas – problemas e perspectivas. In: CARDOSO, Ruth. (Org.) *A aventura antropológica*. São Paulo: Paz e Terra, 1986, p. 17-37.

EHENREICH, Bárbara; ENGLISH, Deirdre. *Brujas, enfermeras y comadronas – historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal: Ediciones de las dones, 1984.

ENKIN, M. et.al. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

EVANS-PRITCHARD, E. E. *Antropología social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

FALQUET, Jules. *Mujeres, feminismo y 'desarrollo': un análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales*. [s.l.], 2002 (mimeo)

FANTIN, Márcia. *Cidade dividida*. Florianópolis: Cidade Futura, 2000.

FIGUEIRA, S. (Org.) *Uma nova família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FLORIANÓPOLIS. *Boletim saúde viva*. Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, dez. 1994.

FONSECA, Cláudia. *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 1997.

\_\_\_\_\_. *Anatomia de uma maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar*. [s.l.] 1997 (mimeo).

\_\_\_\_\_. Quando cada caso não é um caso. *Revista da Associação Nacional de Pesquisa em Educação*, São Paulo: ANPED, n.10, jan-abril, 1999.

- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- \_\_\_\_\_. *O Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade I. (A vontade de saber)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FRANÇA JÚNIOR, Ivan; AYRES, J.R.C.M. Amamentar é um direito humano? In: *Seminário amamentar é um direito humano. WABA (World Alliance Breastfeeding Action)*; São Paulo). Secretaria de Estado de Saúde, SENAC, 2000. (mimeo).
- FRANCHETTO, Bruna; HEILBORN, Maria Luiza; CAVALCANTI, Patrícia. Antropologia e Feminismo. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- FRANZONI, Tereza; TORNQUIST, Carmen S. *Parabolicarmação. Tradição e Modernidade no Sul da Ilha*. Florianópolis, 1998.: Relatório de pesquisa – Universidade do Estado de Santa Catarina..
- FREITAS, Fernando; COSTA, Sérgio. *Rotinas em obstetrícia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- FREITAS, Paulo Fontoura. *The Epidemic of caesarean sections in Brazil: factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil*. Londres. Universidade de Londres, 1999.
- GABEIRA, Fernando. *O que é isso, companheiro?* Rio de Janeiro: Codecri, 1981.
- GABEIRA, Fernando. *Vida alternativa*. Porto Alegre:L&PM, 1985.
- GALLO, Fernanda. *Mães em novas mãos: o processo de medicalização do parto em Florianópolis e o declínio de saberes tradicionais*. Florianópolis, 1999. Relatório de Pesquisa – Universidade do Estado de Santa Catarina..
- GAZOLLA, Ana Lúcia. Mulheres à deriva: viajantes anglo-americanas no Brasil. *Cadernos de Pesquisa do NAPq/FALE/UFMG*, n. 27, Belo Horizonte,1995.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- \_\_\_\_\_. *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós, 1989.
- GEORGE, Jocelyne. Les contestations de l'accouchement sans douleur. *Les dossiers de l'obstétrique* n. 319, p.4-6, août-sept. 2003.

- \_\_\_\_\_. ; LEUILLIEZ, Marianne. *Rupture, Utopie, résistance: histoire de l'accouchement sans douleur*. Trabalho apresentado no III Colloque Féministe Francophone. Toulouse, set. 2002.
- GOLDENBERG, Miriam. *Toda mulher é meio Leila Diniz*. Rio de Janeiro: Record, 1984.
- GOLDBERG, Anette. *Le dire et le faire féministe: une approche socioculturelle du Brésil Contemporain*. Paris, 1991. (Doutorado em História e Civilização). Universidade de Paris VII.
- GOLDE, Peggy. A woman anthropologist in Brazil. In: *Women in the field*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press, 1986. p.119-142.
- GRIGNON, Claude; PASSERON, Jean Claude. *Lo culto y lo popular: miserabilismo y populismo en sociología y literatura*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1992. p.9-76.
- GROISMAN, Alberto. *Eu Venho da Floresta: xamanismo e religiosidade no Céu do Mapiá*. Florianópolis, 1991. (Dissertação de Mestrado em Antropologia Social) Universidade Federal de Santa Catarina.
- GROSSI, Miriam. *Discours sur les femmes battues*. Paris, 1988. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de Paris V.
- \_\_\_\_\_. *Trabalho de campo e subjetividade*. Florianópolis, PPGAS/UFSC, 1992.
- \_\_\_\_\_. Jeito de freira. estudo antropológico sobre a vocação religiosa feminina. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n.23, p. 48-58, 1990.
- \_\_\_\_\_. Feministas históricas e novas feministas. *Antropologia em Primeira Mão*, n. 28, Florianópolis, UFSC. [s.d].
- \_\_\_\_\_. ; TAMANINI, Marlene; PORTO, Rozeli. (Orgs.) *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas: questões e desafios*. Brasília: Letras Livres, 2003.
- \_\_\_\_\_. *A Dor da tese*. Trabalho apresentado na XIV Reunião de Antropologia do Mercosul. Florianópolis, dez. 2003.
- GUERCI, Antonio; CONSIGLIERI, Stefania. Por uma antropologia da dor: nota preliminar. *Revista Ilha*, Florianópolis, UFSC/Pós-Graduação em Antropologia Social, v.1, n.0 , p. 57-72, out.1999,.
- HARTMANN, Luciana. *Corpos, oralidades e performances em contadores de casos gaúchos*. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, UFRGS/PPGAS, 2001.

- \_\_\_\_\_. *Aqui nessa fronteira onde tu vê beira de linha tu vai ver cuento*. Tradições orais na fronteira entre Argentina, Brasil e Uruguai. Florianópolis, 2004. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina.
- HÉRITIER, Françoise. *Masculino/Feminino: o pensamento da diferença*. Lisboa: Instituto Piaget, 1998 (Coleção Epistemologia e Sociedade).
- HOBBSAWM, Eric. *Rebeldes primitivos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. (Introdução)
- HOMEI, A. Tempos modernos, novos partos e novas parteiras: o parto no Japão de 1868 a 1930. In: *Revista Estudos Feministas* Florianópolis, UFSC, v. 10.n.2., p. 429-440. 2002.
- HOTIMSKI, Sônia N. *Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica*. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo.
- JARDIM, R.B. Do parto empírico ao parto científico. Florianópolis, 1998. Trabalho apresentado no Simpósio Nacional de História.
- JOAQUIM, Tereza. *Dar à luz: ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, Biblioteca de Etnografia e Antropologia, 1983. p.13-118.
- JORDAN, Brigitte. *Birth in Four Cultures*. Illinois: Waveland Press, Fourth Publications, 1993.
- JUCÁ, Luiza; MOULIN, Nilson (Orgs). *Parindo um mundo novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez/UNICEF, 2002.
- KITZINGER, Sheila. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial Presença, 1978.
- KLAUS, Marshall; KENNEL, John. *La relación madre-hijo: impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1978.
- KNIEBIHELER, Yvone. Corpos e corações. In: PERROT, Michelle; FRAISSE, Geneviève (Orgs.) *História das mulheres no ocidente*. v 4. São Paulo: Cia das Letras, 1995. p. 351-402.
- \_\_\_\_\_. *Maternité: Affaire Privée, affaire publique*. Paris: Bayard, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris: PUF, 2000.
- LA COLECTIVA del libro de salud de las mujeres de Boston. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Un libro por y para mujeres*. Boston: Boston Women's Health. 1979.

- LAMARE, Rinaldo de. *A vida de seu bebê*. 41 ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
- LANGDON, E. Jean. Performances e preocupações pós-modernas em antropologia. *Antropologia em primeira mão*. Florianópolis, UFSC, n.11. 1995
- \_\_\_\_\_. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em primeira mão*. Florianópolis: UFSC, n. 12, 1996.
- LEBOYER, F. *Nascer sorrindo*. 13.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989 (1974).
- LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: Métailié, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié 1995.
- LEITE, Ilka Boaventura. *Ética e estética na Antropologia*. Florianópolis: PPGAS/CNPq, 1997.
- LEÓN, Magdalena. Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, CFH/CCE/UFSC, n. 2, v.8, p. 191-205, 2000.
- LESSA, Heloisa. *Projeto saúde da mulher iauereté*. Rio de Janeiro, 2001. Relatório de Pesquisa.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. A Eficácia Simbólica. In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996, p.215-36.
- \_\_\_\_\_. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974.
- \_\_\_\_\_. *O pensamento selvagem*. São Paulo: Papirus, 1997.
- LINS RIBEIRO, Gustavo. Política cibercultural: ativismo político à distância na comunidade transnacional-imaginada. In: ALVAREZ, S., DAGNINO, E.; ESCOBAR, A.(Orgs.) *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2000. p. 465-501.
- LO BIANCO, Ângela. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, Sérvulo (Org.). *Cultura da psicanálise*, São Paulo: Brasiliense, 1985.
- LOPES, Marta Julia Marques. O sexo do hospital. In: *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.76-106.
- MAC CALLUM, Cecília. *Parto como violência em Salvador*. Salvador: UFBA, 1998. (mimeo)

- MAGNANI, José Guilherme. *Mystica urbe: um estudo sobre o circuito neo-esotérico na cidade de São Paulo*, São Paulo: Studio Nobel, 1999.
- MALINOWSKI, Bronislaw. *Malinowski*. São Paulo: Ática, 1986. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- MALUF, Sônia. *Encontros noturnos: bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Les enfants du verseau au pays des terreiros : les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au sud du Brésil*. Paris, 1996. Tese (Doutorado em Antropologia) – École des hautes études en anthropologie sociale.
- MANIF, Elias; ZACHARIAS. *Dicionário de Medicina Legal*. 2.ed. São Paulo/Curitiba: Ibrasa/Champagnat, [s.d].
- MARANHÃO, Odon Ramos. *Curso básico de medicina legal*. 8.ed. São Paulo: Malheiros editores, 1980, p. 202-204.
- MARTIN, Emily. *The women in the body*. Boston: Beacon Books, 2001.
- MARTINEZ, Elixabete Imaz. Mujeres gestantes, madres en gestación. Metaforas de un cuerpo fronteirizo. *Política y Sociedad*. Madrid, n. 35., 2001. p. 97-111.
- \_\_\_\_\_. Escudriñar y exhibir: visibilización interna/visibilización externa del vientre de la embarazada. In: EsTIBBALIA, Sadaba(Org.). *Escondete objeto*. Bilbao: Instituciones para cambiar el mundo, 2002, p. 56- 65.
- MASCELANI, Ângela. *Parteiras do abandono: um mergulho no mundo das parteiras que atuam nas margens dos rios e igarapés da região amazônica da Caxiuanã e Melgaço*. Belém do Pará: Museu Goeldi, 1999. (mimeo)
- \_\_\_\_\_. Um mergulho no mundo das parteiras. JUCÁ, Luiza; MOULIN, Nilson (Orgs). *Parindo um Mundo Novo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez/UNICEF, 2002.
- MAUSS, Marcel. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: *Mauss*. São Paulo: Ática, 1979. p.147-154. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).
- \_\_\_\_\_. As técnicas corporais. In: *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974 b. p. 52- 69.

- MELLUCCI, Alberto. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MENEZES, Rachel Aisengart. *Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica*. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_. *Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da Pessoa?* Gramado, 2002. (Trabalho apresentado na XXII Reunião da Associação Brasileira de Antropologia).
- MESSING, K.; ELABIDI, D. Aides soignants et aides-soignates: la collaboration dans les tâches physiques lourdes. *Cahiers du genre*. Paris: L'Harmattan, n.32, p.5-24, 2002.
- MIGUEL, Sônia Malheiros. *Feminismo: um olhar para dentro*. Florianópolis, 1988. Dissertação (Mestrado em Antropologia social). Florianópolis, 1988 – Universidade Federal de Santa Catarina.
- MINC, Carlos. *Aprenda a fazer movimento ecológico*. Petrópolis: Vozes, 1984.
- MINELLA, Luzinete. Representações femininas sobre a experiência da esterilização. *Revista do Centro de Ciências Humanas*. Florianópolis, UFSC. v15, n.21, p.199-230, 1998.
- MONGUEROOTH, Brígida. *Homenaje*. Revista Créavida. Buenos Aires, Fundação Créavida, nov. 2003, .10-13. (Entrevista concedida à Grace Cobe)
- MONTERO, Paula. Debate. In: SILVA, Vagner et al. *Antropologia e seus espelhos. A Etnografia vista pelos Observados*. São Paulo: USP, 1994.
- MONTICELLI, Marisa. *O nascimento como um rito de passagem: abordagem sócio-cultural para o cuidado da enfermagem às mulheres e recém-nascidos*. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Universidade Federal de Santa Catarina
- \_\_\_\_\_. *Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia do Alojamento Conjunto*. Florianópolis, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- MOTT, Maria Lúcia. A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico? *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, v .7, n.1, p.25-36, 1999.

- \_\_\_\_\_. *Mme. Durocher e sua época: partos, parteiras e parturientes*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo.
- \_\_\_\_\_. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu*. Campinas: Unicamp, n. 16, p.199- 234, 2001.
- MOTTA, Flávia. *Sonoro silêncio: por uma história social do aborto*. São Paulo, 1997. Fundação Carlos Chagas. (Relatório de Pesquisa).
- NADER, Laura. Num espelho de mulher: cegueira normativa e direitos humanos. *Revista Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre: UFRGS, v.10, maio 1999.
- NARI, Maria Alejandra. Maternidad, política y feminismo. In: LOZANO, F.; PITA, V.; INI, M.G. (Org.) *Historia de las mujeres en la Argentina*. Buenos Aires: Taurus, Tomo II, 2000, p. 197- 219.
- NASCIMENTO, Janaína Xavier. *Identidades coletivas no feminismo contemporâneo: o caso de Pernambuco*. Florianópolis, 2002. Projeto de Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- NOGUEIRA, Adriana Tanese; LESSA, Ciça. *Mulheres contam seus partos*. São Paulo: Itália Nuova, 2004.
- NOVAES, Cláudio Novaes Pinto Coelho. *Os movimentos libertários em questão: política e a cultura nas memórias de Fernando Gabeira*. Petrópolis: Editora Vozes, 1985.
- ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem, 1999.
- \_\_\_\_\_. *O camponês e a parteira*. São Paulo: Editora Ground, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Bien naître*. Paris: Éditions du Seuil, 1974.
- \_\_\_\_\_. *Água e sexualidade*. São Paulo: Editora Siciliano, 1990.
- OLIVEIRA, Anelda Pereira. *Sobre os saberes femininos: parteiras e médicos*. Trabalho apresentado no XX Simpósio Nacional de História, Florianópolis, 2000.(mimeo)
- OLIVEIRA, Roberto Cardoso. *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1976.
- \_\_\_\_\_. O Trabalho do antropólogo: ver, ouvir, escrever. In: *Antropologias centrais versus antropologias periféricas*. São Paulo: Editora da UNESP, 1998.
- O'NEIL, John.; KAUFERT, Patricia. The politics of obstetric care: The inuit experience. *Births and power: Social change and the politics of reproduction*. Boulder, San Francisco & London: Westview Press, 1990. p. 53-68.

- PACIORNIK, M. *Factores idénticos en la expulsión fetal y en el pasaje espermático y orgasmo*. Trabalho apresentado no Terceiro Congresso Peruano de Obstetrícia e Ginecologia. Lima, 1968.
- \_\_\_\_\_. *Aprenda a nascer e a viver com os índios*. Parto de Cócoras, desempenho sexual e ginástica indígena. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2001, p.5-6.
- \_\_\_\_\_. Brasília. Aspectos antropológicos . Condutas alternativas do parto. In: PINOTTI, José A.; SABATINO, José Hugo.(Org.) *Medicina perinatal*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1987, p. 243-259.
- PAIM, Heloisa Helena Salvatti. Marcas no Corpo: Gravidez e Maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.31-47.
- PEIRANO, Marisa. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.
- \_\_\_\_\_. *O dito e o feito*. Ensaios de antropologia dos rituais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. p. 7-41.
- PINHEIRO, Carlos Eduardo. Incidência de cesárea na Região de Florianópolis - 1987, 1991 e 1997. *Revista Ciências da Saúde*, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 47-54, 2001.
- \_\_\_\_\_.; SÔNEGO, Mayra. *Levantamento de hábitos alimentares de lactantes no interior da Ilha de Santa Catarina*. Florianópolis, 1992. Departamento de Pediatria – Universidade Federal de Santa Catarina.
- PINTO, Benedita. C. M. Vivências cotidianas de parteiras e experientes do Tocantins In: *Revista Estudos Feministas. Florianópolis: UFSC*, v.10, n.2, p.447, 2002.
- PINTO, Paulo Gabriel. Saber ver: recursos visuais e formação médica. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. v.10, n.1, p.39- 64, 2000.
- PIZZINI, Franca. Women's time, institucional time. In: FRANKENBERG, Ronald (Org.). *Time, health and medicine*. London/New York/New Dehli: Sage Publications, s.d. p.68-74.
- PUGET, Luiza de Nazare Jucá. Relato de Vivências. In: JUCÁ, L.; MOULIN, N. (Orgs.) *Parindo um novo mundo: Janete Capiberibe e as parteiras do Amapá*. São Paulo: Cortez;Unicef, 2002. p.109-121.
- RATTO , Kátia Maria Neto. *Maternidade Leila Diniz (1994-1996): nascimento de um novo profissional de saúde?* Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde da criança) Instituto Fernandes Figueira/Escola nacional de Saúde Pública.

- RECCHIA, Karen. *Lembranças íntimas de minha avó – partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio-SC*. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- REGIS, Luiz Gustavo; PINHEIRO, Carlos Eduardo. Atendimento pré-natal em gestantes residentes em Florianópolis. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. v. 31, n.1-2, 2002. p. 2-8.
- REHUNA- Rede de Humanização do Parto e do Nascimento. Rio/Secretaria da Saúde, Folder de Divulgação.
- REHUNA. *Carta de Campinas*. Campinas, 1993. (mimeo).
- \_\_\_\_\_. *Carta de Fortaleza*. Fortaleza, 2000. (mimeo)
- \_\_\_\_\_. *Proposta de Estatuto*. São Paulo, julho de 2000. (mimeo).
- REVAH, Daniel. *Na trilha da palavra “alternativa” – a mudança cultural e as pré-escolas alternativas*. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de São Paulo.
- RIAL, Carmen Silvia Moraes. *Le goût de l'image: ça se passe comme ça chez les fast-foods: étude anthropologique de la restauration rapide*. Paris, 1992. Tese(Doutorado em Antropologia) – Universidade de Paris V.
- RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC, v. 10.,n.2, p. 449 -460, 2002.
- RIO DE JANEIRO.. Lei do acompanhante de 20 de outubro de 1998. Dispõe sobre direito da mulher ter um acompanhante de sua escolha para o processo do parto em todas as maternidades públicas do município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, out.1998.
- ROCHA PINTO, Paulo Gabriel Hilu. Saber ver: recursos visuais e formação médica. Rio de Janeiro, UERJ/ IMS, *Physis Revista de Saúde Coletiva* v. 10 n 1, p.39-64, 2000.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.
- \_\_\_\_\_. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 9- 46.

- ROSENDE, M. La division du travail chez les medecins. *Cahiers du genre*. Travail des hommes, travail des femmes: le mur invisible. Paris: L'Harmattan, n.32, p. 25-43. 2002.
- SABATINO, Hugo; DUNN, Paul; CALDEYRO-BARCIA,R. *Parto humanizado*. Formas alternativas. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.
- SADER, Eder; PAOLI, Maria Célia; TELLES, Vera Maria. Sobre classes populares no pensamento sociológico brasileiro. In: CARDOSO, Ruth (Org.) *A aventura antropológica*. São Paulo: Paz e Terra, 1986. p. 39- 68.
- SADER, Eder. *Quando os novos personagens entraram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- SALEM, Tânia. *Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético*. Rio de Janeiro, 1987. Tese de Doutorado (Antropologia) – Museu Nacional.
- \_\_\_\_\_. O ideário do parto sem dor: uma leitura antropológica. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, Museu Nacional, n. 40, p.1-27, ago.1983.
- \_\_\_\_\_. O individualismo libertário no imaginário social dos anos 60. *Revista Physis*. RJ, IMS/EDUERJ n. 2, v.1, 1991.
- SANTA CATARINA. Assembléia Legislativa. Lei n. 12. 333/02 de 7 de março de 2002. Dispõe sobre direito da parturiente de ser acompanhada por pessoa de sua escolha em todo o processo de parto nas instituições públicas de saúde do estado de Santa Catarina. ALESC, mar. 2002.
- \_\_\_\_\_. Relatório do Inspetor Dr. Ferreira Lima ao dr. Jose Boiteux, secretário do Interior e Justiça no ano de 1919.
- SARGENT, Carolyn. The politics of births: cultural dimensions of pain, virtue and control among the Bariba. *Birth and power: social change and the politics of reproduction*. Boulder, San Francisco & London: Westview Press. 1990. p. 69-80.
- SARTI, Cintia. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*. Campinas, Unicamp, n.16, p. 31-38. 2001.
- SCAVONE, Lucila. As múltiplas faces da maternidade. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, n. 54, p. 37-49. ago. 1985.
- SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo. *Cadernos Pagu*. Campinas: Unicamp,n. 16, p. 137-150. 2001.
- SCHERER-WARREN, Ilse. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Cortez, 1992.

- SCWHADE, Elizete. *Deusas urbanas*. São Paulo, 1999. Tese (Doutoramento em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo.
- SEGALEN, Martine. *Rites et rituelles contemporains*. Paris: Nathan Université, 1998.
- SILVA, Vagner Gonçalves. *O antropólogo e sua magia*. São Paulo: Edusp, 2001.
- SHIVA, Vandana; MIES, Maria. *Ecofeminismo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.
- SOUZA, Almir Antônio. *Mãos de magia nas malhas do poder*. Florianópolis, 1999. Monografia (Especialização em História Social) – Universidade do Estado de Santa Catarina.
- SOUZA, K. F. et al. *Mortalidade materna e parto domiciliar: desafios à vigilância epidemiológica*. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2003. (mimeo)
- STARR, Paul. *The social transformation in the american medicine*. Boston: Beacon Books, 1982.
- STRATHERN, Marylin. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, v.3, n.2, 1995p.303-329.
- TAMANINI, M. Do sexo cronometrado ao casal infértil. In: GROSSI, M.; TAMANINI, M.; PORTO, Rozeli. *Novas tecnologias reprodutivas conceptivas*. Questões e desafios. Brasília: ANIS, 2003.
- THÉBAUD, Françoise. A medicalização do parto e suas conseqüências. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, UFSC v.2.n.10, p. 421- 435, 2002(Supl.2).
- TOMA, Tereza Setsuko. Método mãe canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Fiocruz, v.19, 2003, p.292-301.Suplemento 2.
- TORNQUIST, Carmen Susana. A mão e a luva: o processo de medicalização do parto e o corpo feminino. In: MORGA, Antonio (Org.) *História das mulheres de Santa Catarina*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2001.
- \_\_\_\_\_. Paradoxos da humanização: etnografia de uma maternidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 19, 2003. p.419-427, (Supl. 2).
- \_\_\_\_\_. Salvar o dito, honrar a dádiva: dilemas éticos da escrita e do encontro etnográfico. *Revista Impulso*, Piracicaba, UNESP, v.14, set. 2004.
- TOURAINE, Alain. *Palavra e sangue: política e sociedade na América Latina*. Campinas: Editora da Unicamp/Trajatória Cultural 1991.

TSUNESCHIRO, M.A.; RIESCO, M.L.G. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis: UFSC, v.10, n.2, p.449-460, 2002.

TURNER, Victor. *O processo ritual*. Petrópolis: Vozes, 1974.

VALONGUEIRO, Sueli; LUDEMIR, A.; GODINHO, L. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 19, 2003. p. 292-301, (Supl. 2).

VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

\_\_\_\_\_. *Nobres e anjos: um estudo sobre tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

VELLAY, Pierre et al. *Parto sem dor*. São Paulo: Ibrasa, 1961.

VIDELA, Mirta. *Maternidad: mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1997.

WEBER, Beatriz. *As artes do curar*. Santa Maria: Editora da UFSM, 1999.

WEINER, Anette. *La richesse des femmes ou comment les esprits vient aux femmes*. Paris: Seuil, 1983.

## FILMES

CARNE Trémula. Direção de Pedro Almodóvar. Espanha. 1998. 1 filme (109 min): son leg.; color. 16 mm.

CITTÁ de femmina (Cidade de Mulheres). Direção de Federico Fellini. Itália. 1977. 1 filme. (110 min): son. leg.; color, 16 mm

DIÁRIO de motocicleta. Direção de Walter Salles. Argentina/Alemanha. 2004. 1 filme (120 min); son. leg. color; 16 mm.

FACCIONO paradise (Em busca do paraíso). Direção de Mario Monicelli. Itália. 1996 1 filme (105 min); son (leg.); color.; 16 mm.

IL FUTURO é donna (O futuro é mulher). Direção de Marco Ferreri. 1984. 1 filme (118 min) son. (leg.), color; 16 mm

SPERIAMO che sai femmina. (Tomara que seja mulher). Direção de Mario Monicelli. Itália, 1985. 1 filme (112 min); son; (leg.); color.; 16 mm.

STANNO tutti benne. (Estamos todos bem). Direção de Giuseppe Tornatore  
Itália. 1989. (leg.) (103 min);son.(leg.);color.; 16 mm.

THE Hours. (As Horas). Direção de Stephen Daldry. EUA. 2003. 1 filme (118 min) son.;  
(leg.); color.; 16 mm.

## LITERATURA NATIVA CONSULTADA E/OU CITADA

- BARBAUT, Jacques. *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Lisboa: Terramar, 1994.
- BRUGEMAN, Odalea; OLIVEIRA, Maria Emília; ZAMPIERI, Maria Fátima. *A melodia da humanização. Reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- COLLAÇO, Vânia Sorgato. *Parto vertical: vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir*, Florianópolis: Cidade Futura, 2002.
- EMMER, Laura Larner. *Guagatear o cómo recibimos a los recién-nacidos*. Errepar: San Luís, 1996.
- FADYNHA *Meditações para gestantes: guia para uma gravidez saudável, plena e feliz*. Rio de Janeiro: Sextante, 1999.
- KLAUS, Marshall; KENNEL, John. *La relación madre-hijo: Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1978.
- KITZINGER, Sheila. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editorial presença, 1978.
- \_\_\_\_\_. *L'expérience sexuelle des femmes*. Paris: Seuil, 1986.
- \_\_\_\_\_. *A experiência de dar à luz*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- LEBOYER, Frédérick. *Nascer sorrindo*. 13.ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.(1974)
- LINS, Fernando Estellita. *O parto natural*. Rio de Janeiro: Bloch,1988.
- MACIEL, Maria Eliza; SILVA, Lucia; MACIEL, Vânia. *Nove luas, lua nova*. O espírito feminino revelando a experiência de gerar a vida. Niterói: Gráfica La Salle, 1997.
- NOGUEIRA, Adriana Tanese e LESSA, Ciça. *Mulheres contam o parto*. São Paulo, Editora Itália Nuova, 2003.
- ODENT, Michel. *Gênese do homem ecológico*. Mudar a vida, mudar o nascimento.O instinto reencontrado. São Paulo: TAO,1982. (1976)
- ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem, 1999.
- \_\_\_\_\_. *O camponês e a parteira*. São Paulo: Editora Ground, 2003.

\_\_\_\_\_. *Bien naître*. Paris: Éditions du Seuil, 1974.

\_\_\_\_\_. *Água e sexualidade*. São Paulo: Editora Siciliano, 1990.

PACIORNIK, M. *Parto de cócoras* (aprenda a nascer com os índios). São Paulo: Brasiliense, 1979.

\_\_\_\_\_. *Aprenda a nascer e a viver com os Índios*. Parto de cócoras, desempenho sexual e ginástica indígena. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2001.

PINOTTI, José A ; SABATINO, José Hugo. *Medicina perinatal*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1987.

RENNERT,Z.;COHEN,B.;GOIRAND,C. *L'accouchement sans douleur*. Comment l'enseigner, le préparer, le diriger. Gymnastique pré et postnatale. Paris : Vigot-Frères, 1975.

RODRIGUES, Livia Penna Firme. *Dar à Luz...Renascer*. Gravidez e Parto. São Paulo: Ágora, 1997.

\_\_\_\_\_. *Dar à luz... renascer: Gravidez e parto* Articum: Alto Paraíso, 1995.

SABATINO, Hugo DUNN, Peter N., CALDEYRO-BARCIA, R. *Parto humanizado: formas alternativas*. Campinas: Editora da Unicamp, São Paulo, 2000.

SANTOS, Marcos Leite. *Humanização da assistência ao parto: um modelo teórico*. Florianópolis,2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina.

SIMÕES, Sonia Mara. *O ser parturiente: um enfoque vivencial*. Niterói: EdUFF, 1998.

SOIFER, Rachel. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

## **VIDEOS- CASSETES**

PARTEIRAS: A magia da sobrevivência. Direção de Ângela Mascelani e Miriam Lane Recife, Rio de Janeiro, Curumim: UNICEF, 1998. 1 Cassete (15 min):son; color., 12mm; VHS-NTSC.

VÍDEOparto. Direção de Ricardo Teixeira. São Paulo:Depto.de Enfermagem, Centro de Medicina Preventiva Samuel Pessoa, USP, 1999. 1 cassete (86 min):son.;color.; 12mm, VHS-NTSC.

NASCENDO no Brasil(*Born in Brazil*). Direção de Cara Biasucci. Produção: Katherine Hopkins. Firefly Films e M. Schmiedt Produções.Universidade do Texas. 2004. 1 cassete (52 min): son( dubl.); color. 12 mm, VHS-NTSC.

**CD-ROMs**

PACIORNICK, Cláudio. *A arte de ser índio: Parto de cócoras*. Curitiba: Fundação Cultural de Curitiba, s/d. 1 CD-ROM.

FADYNHA. *Meditações para gestantes: Guia para uma gravidez saudável e feliz*. Rio de Janeiro: Sextante, 1999. 1 CD-ROM.

# ANEXOS





## Taxa de Partos Cesários - 1994

Anexo 3





## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

### TECNOLOGIA APROPRIADA PARA NASCIMENTO E PARTO

The Lancet; aug 14, 436-7, 1985.

(tradução: Sonia N. Hoffmily revisão: Sonia I. Venancio)

A Organização Panamericana de Saúde e os escritórios regionais da Europa e das Américas da Organização Mundial de Saúde promoveram em abril de 1985 uma conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento. Realizado em Fortaleza, Brasil, o evento reuniu mais de 50 participantes, representando as parturientas, enfermeiras obstétricas, obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores de saúde e mtes. Uma cuidadosa revisão de conhecimento sobre tecnologia de nascimento e parto conduziu à adoção unânime das recomendações que se seguem. A OMS acredita que estas recomendações sejam relevantes para serviços perinatais do mundo todo.

Toda mulher tem direito à assistência pré-natal adequada e desempenha um papel central em todos os aspectos destes cuidados, incluindo a participação no planejamento, implementação e avaliação da assistência. Para entender como proporcionar cuidados perinatais adequados, é fundamental considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos nesse processo. O parto é um processo natural e normal, mas mesmo em "gestações sem risco" podem ocorrer complicações. Às vezes, a intervenção é necessária para se obter o melhor resultado. Para que as recomendações acima sejam viáveis, uma profunda transformação na estrutura dos serviços de saúde se faz necessária, acompanhada de modificações nas atitudes da equipe e pela redistribuição de recursos físicos e humanos.

#### RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. Os Ministérios de Saúde devem estabelecer políticas específicas sobre tecnologias apropriadas ao nascimento, a serem adotadas pelos serviços de saúde, sejam estes públicos ou privados.
2. Os países devem realizar levantamentos em conjunto para avaliar as tecnologias de assistência ao parto.
3. A comunidade, caso um todo, deve ser informada sobre os diversos procedimentos utilizados no pré-natal e na assistência ao parto, de forma que cada mulher possa escolher o tipo de assistência que prefere.
4. A mãe e sua família devem ser encorajadas a cuidar de si no período perinatal e a desenvolver uma compreensão a respeito de quando e que tipo de ajuda necessita para melhorar as condições de gestação, parto e puerpério.
5. A formação de grupos femininos de auto-ajuda deve ser encorajada, pois proporcionam um apoio social valioso e a oportunidade ímpar de compartilhar informações sobre o nascimento.
6. É preciso que a equipe de saúde tenha atitudes coerentes para garantir uma continuidade no monitoramento do nascimento, e a equipe perinatal deve compartilhar de uma mesma filosofia de trabalho para que mudanças na equipe não comprometam a continuidade da assistência.
7. Sistemas informais de assistência perinatal (incluindo parceiros tradicionais) devem coexistir com o sistema oficial, mantendo-se uma abordagem colaborativa para o benefício da mãe. Tais relações, quando estabelecidas em paralelo, podem ser altamente efetivas.
8. O treinamento profissional deve transmitir os novos conhecimentos sobre aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento.
9. A equipe perinatal deve ser estimulada a enriquecer o relacionamento entre a mãe, o bebê e a família. O trabalho da equipe pode ser afetado por conflitos interdisciplinares que devem ser explorados sistematicamente.
10. Técnicas de comunicação devem ser incluídas no treinamento dos profissionais de saúde para promover uma troca sensível de informações entre provedores de saúde, a gestante e sua família.
11. A formação de obstetras e parteiras profissionais deve ser encorajada, pois a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normal deve ser delegada a esses profissionais.
12. A avaliação da tecnologia a ser empregada no parto deve envolver todos os profissionais que a utilizam, incluindo epidemiologistas, cientistas sociais, autoridades de saúde e as mulheres nas quais ela é utilizada.
13. O acesso às informações sobre os procedimentos utilizados no nascimento e parto adotados pelos hospitais e clínicas públicas e privadas, tais como as taxas de cesáreas, deve ser garantido ao público.
14. Pesquisas sobre a estrutura e tamanho da equipe que assiste ao nascimento e parto devem ser realizadas em nível regional, nacional e internacional. Estas devem ter como objetivo maximizar o acesso à assistência perinatal apropriada, maximizar nascimentos saudáveis, e promover melhorias na saúde perinatal, na relação custo-efetividade e no atendimento às necessidades e desejos da comunidade.

**FORMULÁRIO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Carmen Susana Tornquist. Eu sou professora da UDESC, estudante de Antropologia na UFSC, e estou fazendo uma pesquisa sobre a Maternidade do Hospital Universitário e sua proposta de humanização do parto.

Neste momento, estou lhe convidando para participar desta pesquisa. Ela será feita de maneira bem simples: eu pretendo observar o que acontece na Maternidade, quando as gestantes vem fazer uma consulta, quando estão entrando em trabalho de parto e no momento posterior ao parto. Estarei também conversando informalmente com as pessoas na Maternidade, pois com esta pesquisa, penso que poderemos conhecer melhor as necessidades e expectativas das gestantes e das mães quando recorrem à Maternidade da HU.

Considero que esta pesquisa não traz nenhum risco aos seus participantes. Penso que conhecendo melhor a experiência das mulheres quando estão vivenciando o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, podemos contribuir com a melhoria dos serviços prestados pela maternidade.

Sua participação na pesquisa é inteiramente voluntária, e somente o grupo de pesquisadores da Universidade terá acesso às informações que pretendo obter. Isto ocorrerá somente quando terminar o trabalho de pesquisa. Serão utilizados nomes fictícios no relatório que escreverei, ao final do período da pesquisa, de forma que sua identidade será preservada. Sei que na Maternidade vivemos situações bastante importantes e delicadas, tanto para as mulheres, seu bebê e sua família, e, por isso, se você mudar de opinião durante a pesquisa e não quiser mais participar, poderá fazê-lo no momento que quiser, se tiver qualquer dúvida, pergunte que tentarei esclarecer.

Declaro que li o texto acima, e entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "Análise de uma experiência de Humanização do parto em Florianópolis", e aceito dela participar.

Florianópolis,..... de .....de .....

Nome: .....

Assinatura: .....

Assinatura da pesquisadora: .....

## ANEXO 5

QUADRO DAS PESSOAS ENTREVISTADAS E CITADAS  
(REHUNA)

NOME	Faixa etária aproximada	Formação	Local de trabalho	Profissão	Outras atividades
Isadora**	C	Journalismo/ciências sociais	Universidade pública	Professora universitária	Terapias alternativas
Amônio**	C	Medicina	Universidade pública e rede pública	Professor universitário	Serviço público estadual-hospital
Flávinho**	D	Medicina	Posto de saúde	Clínico geral	Partos domiciliares particulares
Renato**	C	Medicina	Hospital Público e clínica particular	Ginecologista e obstetra	
Anjinha**	C	Journalismo	Ong	Centro e terapias alternativas	Terapias alternativas
Diana**	C	Medicina	Secretaria de saúde	Epidemióloga	Pesquisadora-serviço público
Beatriz*	C	Medicina	Ong/universidade Pública	Medicapreventiva	Pesquisadora associada de universidade
Helena*	D	Medicina	Hospital Universitário clínica privada	Ginecologista e obstetra	Educadora dos cursos de parteiras
Heloisa*	C	Enfermagem	Ong/partos domiciliares particulares	Enfermeira	Movimento feminista Educadora dos cursos de parteiras
Rita**	C	Sociologia	Ong	Socióloga e educadora popular	Terapias alternativas Educadora dos cursos de parteiras
Marcio*	C	Medicina	Secretaria de Saúde	Obstetra	
Debra*	C	Antropóloga medicina	Universidade Rede particular (hospital/domicílio)	antropóloga obstetra	
Gustavo*	C			música	
Alzira*	A	(usuária)		Psicóloga	Professora
Lilian*	B	(usuária)		Enfermeira	Professora
Vera*	C	Enfermagem obstétrica	Hospital Universitário/partos domiciliares/Faculdade particular	Enfermeira obstétrica	Professora universitária
Bia*	B	Enfermagem obstétrica	Hospital Universitário/partos domiciliares Faculdade particular	Enfermeira obstétrica	Professora universitária

NOME	Faixa Etária aproximada	Formação	Local de Trabalho	Profissão	Outras atividades
Betânia*	D	Sociologia	Secretaria de saúde	Socióloga	Ativismo social
Patricia*	A	Enfermagem	Rede pública		
Claudia*	C	Medicina	Secretaria de Saúde	obstetra	feminismo saúde
Luzia	A	Enfermagem	Rede pública	enfermeira	
Yereza	C	Enfermagem obstétrica	Rede pública	Enfermeira	
Áurea*	B	Médica	Secretaria de saúde	sanitarista	pesquisadora
Marília	D	Educação física	Universidade pública	Professora universitária	Partos domiciliares gratuitos
Mabel*	40-50	Usúria	Atividade parto	desconhecida	
Gabriela	40 - 50	Serviço social	Hospital	Assistente social	
Lucia	40-50	Enfermagem	Universitário		
			Secretaria de saúde		Ativista
Cristiane	40-50	Enfermagem	Hospital	enfermeira	feminista
			Universitário		Ativista feminista

\* registro em diário de campo

\*\* entrevistas gravadas

FAIXA ETÁRIA
anos (aprox.)
A - de 21 a 30
B - de 31 a 40
C - de 41 a 50
D - mais de 51

**FORMULÁRIO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Carmen Susana Tornquist. Eu sou professora da UDESC, estudante de Antropologia na UFSC, e estou fazendo uma pesquisa sobre a Maternidade do Hospital Universitário e sua proposta de humanização do parto.

Neste momento, estou lhe convidando para participar desta pesquisa. Ela será feita de maneira bem simples: eu pretendo observar o que acontece na Maternidade, quando as gestantes vem fazer uma consulta, quando estão entrando em trabalho de parto e no momento posterior ao parto. Estarei também conversando informalmente com as pessoas na Maternidade, pois com esta pesquisa, penso que poderemos conhecer melhor as necessidades e expectativas das gestantes e das mães quando recorrem à Maternidade da HU.

Considero que esta pesquisa não traz nenhum risco aos seus participantes. Penso que conhecendo melhor a experiência das mulheres quando estão vivenciando o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, podemos contribuir com a melhoria dos serviços prestados pela maternidade.

Sua participação na pesquisa é inteiramente voluntária, e somente o grupo de pesquisadores da Universidade terá acesso às informações que pretendo obter. Isto ocorrerá somente quando terminar o trabalho de pesquisa. Serão utilizados nomes fictícios no relatório que escreverei, ao final do período da pesquisa, de forma que sua identidade será preservada. Sei que na Maternidade vivemos situações bastante importantes e delicadas, tanto para as mulheres, seu bebê e sua família, e, por isso, se você mudar de opinião durante a pesquisa e não quiser mais participar, poderá fazê-lo no momento que quiser, se tiver qualquer dúvida, pergunte que tentarei esclarecer.

Declaro que li o texto acima, e entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "Análise de uma experiência de Humanização do parto em Florianópolis", e aceito dela participar.

Florianópolis,..... de .....de .....

Nome: .....

Assinatura: .....

Assinatura da pesquisadora: .....

---

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**


---

**TECNOLOGIA APROPRIADA PARA NASCIMENTO E PARTO**

The Lancet; aug 14, 436-7, 1983.

(tradução: Sonia N. Hoffmily / revisão: Sonia I. Venancio)

A Organização Panamericana de Saúde e os escritórios regionais da Europa e das Américas da Organização Mundial de Saúde promoveram em abril de 1983 uma conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento. Realizado em Fortaleza, Brasil, o evento reuniu mais de 50 participantes, representando as parteras, enfermeiras obstétricas, obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores de saúde e mtes. Uma cuidadosa revisão de conhecimento sobre tecnologia de nascimento e parto conduziu à adoção unânime das recomendações que se seguem. A OMS acredita que estas recomendações sejam relevantes para serviços perinatais do mundo todo.

Toda mulher tem direito à assistência pré-natal adequada e desempenha um papel central em todos os aspectos destes cuidados, incluindo a participação no planejamento, implementação e avaliação da assistência. Para entender como proporcionar cuidados perinatais adequados, é fundamental considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos nesse processo. O parto é um processo natural e normal, mas mesmo em "gestações sem risco" podem ocorrer complicações. Às vezes, a intervenção é necessária para se obter o melhor resultado. Para que as recomendações acima sejam viáveis, uma profunda transformação na estrutura dos serviços de saúde se faz necessária, acompanhada de modificações nas atitudes da equipe e pela redistribuição de recursos físicos e humanos.

**RECOMENDAÇÕES GERAIS**

1. Os Ministérios de Saúde devem estabelecer políticas específicas sobre tecnologias apropriadas ao nascimento, a serem adotadas pelos serviços de saúde, sejam estes públicos ou privados.
2. Os países devem realizar levantamentos em conjunto para avaliar as tecnologias de assistência ao parto.
3. A comunidade, caso um todo, deve ser informada sobre os diversos procedimentos utilizados no pré-natal e na assistência ao parto, de forma que cada mulher possa escolher o tipo de assistência que prefere.
4. A mãe e sua família devem ser encorajadas a cuidar de si no período perinatal e a desenvolver uma compreensão a respeito de quando e que tipo de ajuda necessita para melhorar as condições de gestação, parto e puerpério.
5. A formação de grupos femininos de auto-ajuda deve ser encorajada, pois proporcionam um apoio social valioso e a oportunidade impar de compartilhar informações sobre o nascimento.
6. É preciso que a equipe de saúde tenha atitudes coerentes para garantir uma continuidade no monitoramento do nascimento, e a equipe perinatal deve compartilhar de uma mesma filosofia de trabalho para que mudanças na equipe não comprometam a continuidade da assistência.
7. Sistemas informais de assistência perinatal (incluindo parteras tradicionais) devem coexistir com o sistema oficial, mantendo-se uma abordagem colaborativa para o benefício da mãe. Tais relações, quando estabelecidas em paralelo, podem ser altamente eficazes.
8. O treinamento profissional deve transmitir os novos conhecimentos sobre aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento.
9. A equipe perinatal deve ser estimulada a enriquecer o relacionamento entre a mãe, o bebê e a família. O trabalho da equipe pode ser afetado por conflitos interdisciplinares que devem ser explorados sistematicamente.
10. Técnicas de comunicação devem ser incluídas no treinamento dos profissionais de saúde para promover uma troca sensível de informações entre provedores de saúde, a gestante e sua família.
11. A formação de obstetras e parteras profissionais deve ser encorajada, pois a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normal deve ser delegada a esses profissionais.
12. A avaliação da tecnologia a ser empregada no parto deve envolver todos os profissionais que a utilizam, incluindo epidemiologistas, cientistas sociais, autoridades de saúde e as mulheres nas quais ela é utilizada.
13. O acesso às informações sobre os procedimentos utilizados no nascimento e parto adotados pelos hospitais e clínicas públicas e privadas, tais como as taxas de cesáreas, deve ser garantido ao público.
14. Pesquisas sobre a estrutura e tamanho da equipe que assiste ao nascimento e parto devem ser realizadas em nível regional, nacional e internacional. Estas devem ter como objetivo maximizar o acesso à assistência perinatal apropriada, maximizar nascimentos saudáveis, e promover melhorias na saúde perinatal, na relação custo-efetividade e no atendimento às necessidades e desejos da comunidade.

# REHUNA

## REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

### CARTA DE CAMPINAS

*"Para mudar a vida é preciso primeiro mudar a forma de nascer." (Michel Odent)*

Nós, obsteas nomeadas pessoas, grupos e entidades de saúde, que há anos trabalhamos com gestação, parto e nascimento, reunimo-nos, em iniciativa autônoma e independente, em Campinas entre 15 e 17 de outubro de 1993, para debater a situação atual do nascer em nossa sociedade.

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesárias (muitos hospitais brasileiros tem 80% ou mais de cesárias)<sup>1</sup> e este passou a ser o método "normal" de parir e de nascer, uma inversão da naturalidade da vida.

No parto vaginal, a violência da imposição das rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos de parto que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Estes eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impaciência, alienação e dor.

Não surpreende que as mulheres intuem o cesário como a melhor forma de dar à luz, buscando parto sem medo, sem risco e sem dor. Ela é também a via de acesso à ligadura de trompas, método anticoncepcional que tem esterilizado milhares de mulheres brasileiras. Esta realidade reprodutiva tem custos psicológicos, sociais e econômicos muito altos.

Na tentativa de garantir a presença do obstetra no parto, signo de segurança, cientificidade e alívio à dor, a mulher assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se às intervenções sugeridas pelo médico, que, imerso no contexto de crescente especialização e incorporação acrítica de tecnologia diagnóstica e terapêutica de parto, se afasta cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, perdendo o conhecimento e a segurança da prática da obstetricia.

Ninguém infama à mulher que cesária desnecessária tem risco de morte materna 5 a 30 vezes maior e morbidade muito mais alta que o parto normal. Também ninguém lhe diz que cesária desnecessária multiplica por 13

<sup>1</sup> A taxa máxima desejável de cesárias é 10% (OMS), encontrada em serviços e países de menor mortalidade perinatal.

a morbimortalidade perinatal. Ninguém informa ainda que o parto é o pior momento para fazer a laqueadura, expondo a mulher a riscos e arrependimentos futuros.

Avanços e mudanças socio-culturais atuais vem fazendo com que as mulheres, estimuladas pelo debate que se dá no movimento feminista, comecem a paulatinamente tomar consciência da necessidade de assumir seu papel de sujeito face às questões da saúde reprodutiva e especialmente no momento do nascimento e a refletir sobre a progressiva desapropriação da especificidade da sua identidade feminina.

O questionamento da persistência de tabus sexuais, repressão da sexualidade e situação subalterna da mulher na sociedade implica também na crítica da modelo social e econômica na qual tempo é dinheiro e o parto vem sendo crescentemente realizado como uma linha de montagem, violentando o tempo e o ritmo natural de mãe e filho.

Face a esta situação, a REHUNA, Rede de Humanização do Nascimento, ora criada, pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde, para:

- mostrar as riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;
- reavaliar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
- incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- aprofundar o conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.

Estes objetivos vem sendo buscados na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades preocupados e atentos à melhoria da qualidade de vida, bem estar e bem nascer, aliados na luta por uma vida mais humana, digna e saudável.

Acreditamos que várias estratégias e instrumentos podem ser utilizados nesta missão, entre os quais lembramos:

- ◆ implementação das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério;
- ◆ divulgação e adesão às recomendações da OMS na Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento (22-28 abril 1985, Fortaleza, Brasil) - anexo;
- ◆ trabalho educativo sobre direitos reprodutivos, sexualidade e nascimento voltado a adolescentes, mulheres e homens, com ênfase na divulgação do saber científico relativo ao período gravídico-puerperal;
- ◆ apoio a iniciativas de humanização do nascimento em serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupos de parteiros tradicionais, clínicas e ONGs.

Subscrevem o presente documento as abaixo mencionadas pessoas, grupos e entidades:

- ANNA VOLOCHKO  
NISMEC, INSTITUTO DE SAUDE  
MCCS- MULHER, CRIANCA, CIDADANIA, SAUDE
- DEBORA CRISTINA JUNQUEIRA DE ANDRADE  
CAISM - UNICAMP
- FATIMA SANTA ROSA  
CAISM UNICAMP
- GERALDA MARGARIDA DOS SANTOS  
MATERNIDADE ODETE VALADARES
- HUGO SABATINO  
CAISM UNICAMP
- JACIRA CURADO BARBOSA  
MATERNIDADE ODETE VALADARES
- Livia MARTINS CARNEIRO  
NÚCLEO DE SAÚDE DA MULHER  
HOSPITAL SAO PIO X
- LUCIA CALDEYRO DE SABATINO  
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- LUCIA MARIA PIRES DA SILVA  
CASA DO PARTO "NOVE LUASILVIA NOVA"
- MARIA ESTER VILELA  
NÚCLEO DE SAÚDE DA MULHER  
HOSPITAL SAO PIO X
- MARIA SILVA SETUBAL  
CAISM - UNICAMP
- MELODIE RADLER VENTURI  
COLETIVO SEXUALIDADE E SAUDE
- PAOLA FRISOLI  
NÚCLEO DE SAÚDE DA MULHER  
HOSPITAL SAO PIO X
- REGINA CELIA SARMENTO  
CAISM - UNICAMP
- SILVIA NOGUEIRA  
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- SUELY CARVALHO  
C.A.I.S. DO PARTO
- VERONICA GOMES ALENCAR  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
- CECILIA DE OLIVEIRA LOLLATO LOPES  
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- DJANIRA RIBEIRO
- GABRIELA EDITH GOMES  
HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL (CAISM UNICAMP)
- HELENA MARIA CARMO SCHUCH  
CIEPH CENTRO INTEGRADO DE ESTUDOS E  
PESQUISA DO HOMEM
- ISABEL REGIS  
DEPTO PSICOLOGIA UNIV. FED. STA CATARINA
- LISSANDRA ROCHA PORTO  
CAISM - UNICAMP
- LIVIA PANTRA
- LUCIA MARIA PIRES DA SILVA  
CASA DO PARTO "NOVE LUASILVIA NOVA
- MARIA DE LOURDES TEIXEIRA - FADINHA  
INSTITUTO AURORA DE YOGA E TERAPIA
- MARIA LUIZA NICOLETTI MARQUES - MALU  
FCM - UNICAMP
- MARISA RODRIGUES  
GRUPO DE PARTO ALTERNATIVO - UNICAMP
- MIRIAN FAURY  
PUCCAMP / SOS ACAO-MULHER-FAMILIA
- PAULEY VIANA  
GRUPO CURUMIM
- SILVIA BONFIM  
MATERNIDADE ASSIS CHATEAUBRIANT
- SOLANGE GAGACH  
REDEH - REDE DE DEFESA DA ESPECIE HUMANA
- VANIA DE FREITAS MACIEL  
CASA DO PARTO "NOVE LUASILVIA NOVA"
- WILLIAM ALEXANDRE OLIVEIRA  
CAISM - UNICAMP

## Recomendações da Conferência Internacional para o Parto.

escoltões regionais da Europa e Américas  
Organização Mundial de Saúde (OMS)  
Fortaleza, Brasil, 22 a 26 Abril 1985.



1. Toda comunidade deve ser informada sobre os procedimentos relativos à atenção na gravidez e parto, permitindo a cada mulher eleger o tipo de cuidado que preferir.
2. Informações sobre procedimentos rotineiros de parto (indução, analgesia e anestesia epidural ou peridural, cesárea, enema, tricotomia) de cada hospital ou clínica, pública ou privada, que realiza partos, devem ser oferecidas ao público que procura o estabelecimento.
3. Não há fundamento científico para realização rotineira de tricotomia nem enema prévio ao parto.
4. O parto não deve ser induzido por conveniência. Nenhuma comunidade deverá ter taxa de indução maior que 5% da taxa de complicações obstétricas esperadas no parto.
5. A ruptura artificial da bolsa amniótica como procedimento rotineiro não tem justificativa científica.
6. As parturientes não devem ser colocadas em posição de litotomia durante o trabalho de parto e no parto. Durante as contrações, deve-se estimular a movimentação da mulher pela deambulação ou qualquer outro movimento que adote livremente. Cada mulher deve escolher livremente a posição de parto preferida bem como o local (instituição ou domicílio).
7. A administração de analgésicos e anestésicos no parto deve ser criteriosa para evitar efeitos colaterais indesejáveis.
8. A episiotomia sistemática não tem justificativa técnica ou científica.
9. Não há justificativa para mais de 10% de taxa de cesária em nenhuma comunidade. Devem ser estimulados partos naturais vaginais após uma cesária.
10. Incentivar amamentação imediatamente após o parto.
11. O recém-nascido sadio deve sempre ficar com a mãe. Não se justifica a separação rotineira do recém-nascido sadio da mãe para observação.
12. As entidades que atuam em cuidados pré-natais devem considerar, junto com organismos estatais correspondentes, a facilitação do parto natural domiciliar, promovendo políticas de habitação e proteção técnico-científica.
13. A assessoria para parto natural domiciliar deve ser multidisciplinar, integrando mulheres e mães e envolvendo a utilização de tecnologia adequada.
14. As instituições que atendem partos devem observar os direitos da pessoa protegendo a liberdade dos cidadãos, eliminando rotinas invasivas, segregadoras ou que impeçam a liberdade de escolha de procedimentos. (presença do pai, acompanhante ou doula no parto; indução, tricotomia, enema, berçário, anestesia, etc.)

#### RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS

1. O bem-estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um aconselhador, por ela escolhido, ao parto e puerpério. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional.
2. As mulheres que parturam em instituições têm assegurado o direito de decidir sobre a roupa dela e do bebê, a alimentação, o destino da placenta e outras práticas culturalmente significativas.
3. O recém-nascido saudável deve permanecer com a mãe sempre que possível. A necessidade de manter o recém-nascido sob observação não justifica a sua separação da mãe.
4. A amamentação imediatamente após o nascimento, antes até da mãe deixar a sala de parto, deve ser encorajada.
5. Países com as menores taxas de mortalidade perinatal tem índices de cesáreas abaixo de 10%. Não há justificativa para taxas maiores que 10 a 15% em qualquer região.
6. Não há evidências da necessidade de uma cesárea quando um dos partos anteriores foi uma cesárea. Partos vaginais após uma cesárea anterior devem ser encorajados sempre que seja possível uma intervenção cirúrgica de emergência.
7. Ligadura de trompas não constitui indicação de cesárea. Há métodos mais simples e seguros associados de esterilização tubária.
8. Não há evidências de que a monitorização fetal eletrônica de rotina beneficie o resultado do parto. O monitoramento fetal deve ser realizado apenas em casos cuidadosamente selecionados, associados a altas taxas de mortalidade perinatal, e partos indolvidos. Recomenda-se que se realizem pesquisas para identificar grupos de parturientes que se beneficiariam da monitorização. Neste âmbito, os serviços de saúde nacionais devem abster-se de adquirir novos equipamentos.
9. Os batimentos cardíacos fetais devem ser monitorados através de ausculta durante a primeira fase do trabalho de parto e, mais frequentemente, no período expulsivo.
10. Não há indicação para raspar de pelos pubianos ou para enemas antes do parto.
11. Não se recomenda colocar as parturientes em posição de flexão dorsal durante o trabalho de parto e parto. Deve-se encorajar a mulher a andar durante o trabalho de parto, e cada mulher deve ter liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parturindo.
12. Proteger o períneo sempre que possível. O uso sistemático de episiotomia não se justifica.
13. A indução do trabalho de parto deve-se restringir aos casos em que haja indicações médicas específicas. Nenhuma região deve ter taxas maiores que 10% de induções de parto.

14. A administração rotineira de analgésia ou anestesia durante o parto deve ser evitada. Essas drogas só devem ser administradas para corrigir ou evitar qualquer complicação.

15. Não há justificativa para a ruptura artificial e precoce da bolsa amniótica caso procedente de rotina.

16. Investigações futuras devem avaliar e indicar qual seria o número de cesáreas especiais necessários àqueles que assistem ao parto e ao recém-nascido.

#### IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES

1. As recomendações acima reconhecem as diferenças entre as várias regiões e países. A sua implementação deve adaptar-se às situações especiais.
2. Os governos devem determinar quais os departamentos que coordenarão a avaliação da tecnologia apropriada ao nascimento.
3. Universidades, sociedades científicas e grupos de pesquisa devem participar da avaliação da tecnologia.
4. O uso indiscriminado de tecnologia deve ser desestimulado através de regulamentações financeiras.
5. A associação histórica que critica a tecnologia do parto e respalda os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do nascimento deve ser encorajada.
6. Agências do governo, universidades, sociedades científicas e outros grupos interessados devem ser capazes de exercer uma influência sobre o uso excessivo e injustificado de cesáreas, através da investigação dos seus efeitos negativos sobre mãe e criança e da ampla disseminação destas informações.
7. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde devem promover uma rede de grupos de avaliação para prestar assistência aos países na incorporação das novas tecnologias desenvolvidas nos centros mais avançados. Esta rede deve constituir-se em centro de disseminação de informações.
8. Os resultados da avaliação de tecnologias devem ser amplamente disseminados, visando mudar o comportamento de profissionais e as atitudes do público em geral.
9. Os governos devem criar regulamentos para que o uso de novas tecnologias de nascimento e parto ocorra somente após avaliação adequada.
10. Conferências nacionais e regionais sobre nascimento e parto em que participem provedoras e autoridades de saúde, acadêmicas, grupos de mulheres e a mídia devem ser promovidas.
11. A Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde devem designar um ano durante o qual se focalize a promoção de um nascimento e parto de melhor qualidade.

## CARTA DE FORTALEZA

Quinze anos se passaram. Desde o encontro planejado pelo Dr. Galba de Araújo, entre outros, ocorrido aqui em Fortaleza, onde hoje realizamos esta Conferência Internacional, muito se discutiu e muito se fez pela melhoria da atenção ao Parto e ao Nascimento. Das recomendações emanadas daquela reunião, referendadas e ampliadas pela Organização Mundial de Saúde no documento de atenção ao parto normal em 1996, obtivemos as informações necessárias para propor alterações e realizar modificações em diversas instituições de saúde, que nos mostraram como pode ser melhor a atenção e os cuidados que devemos oferecer às mulheres e seus bebês, mas também o quanto ainda temos que avançar.

Um novo milênio nasce. Esperança que se renova de uma vida melhor para todos. Paz, justiça e fraternidade, num mundo com mais harmonia e menos desigualdade. Conhecimento e tecnologia a serviço da humanidade, com respeito às diferenças culturais e religiosas. O fim da fome e da miséria. Educação e saúde como direitos fundamentais disponíveis para todos. Direitos sexuais e reprodutivos garantidos para mulheres e homens. Respeito e proteção ao meio ambiente, preservar o planeta, nossa casa.

De que forma nascemos e estão nascendo hoje nossos contemporâneos? Como desejamos que nasçam aqueles que nos sucederão? O que foi que aprendemos nestes últimos mil anos que pode nos ajudar a garantir um nascimento mais saudável e uma vida melhor para nossos filhos e filhas? O que foi que incorporamos à fisiologia da gestação, trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados neonatais que foram benéficos não só às mulheres e bebês, mas também às pessoas e à sociedade, e o que foi que incorporamos que foi prejudicial nos vários aspectos relativos à saúde? Esta pergunta é ainda mais importante para as gestações sem risco ou de baixo risco, que constituem a grande maioria delas e que são o grupo no qual os benefícios da atenção médica hospitalar oferecida da maneira como hoje conhecemos, são os mais questionados.

A resposta a estas perguntas nos obriga a olhar para trás e repensar toda a trajetória percorrida ao longo da história da humanidade e tentar entender não só os aspectos médicos, mas também as questões de gênero, socioculturais e econômicas que permearam a construção dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento que conhecemos hoje em dia. O que sabemos? Por que e o que queremos mudar? Quais as evidências que devem embasar nossas decisões?

A primeira certeza é a de que devemos ouvir mais as mulheres e aprender com elas quais as suas necessidades. Desta forma estaremos começando a construir um modelo que estará com certeza mais voltado aos interesses da sua principal protagonista. Também temos certeza de que toda a segurança que a tecnologia tem a oferecer deve estar disponível nos diversos níveis da assistência, porque não podemos mais aceitar taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal tão altas quanto as que ainda encontramos e que podem e devem ser diminuídas o quanto antes.

É preciso pensar também em que locais este parto e este nascimento estarão acontecendo e quem estará assistindo à mulher e ao recém-nascido. A formação dos diversos profissionais, desde a parteira tradicional até o obstetra-especialista em gestações de alto risco, passando pela enfermeira obstetra e pelo médico generalista, sem dúvida interfere com sua atuação e este fato deve ser levado em consideração. A violência institucional que hoje marca a rotina de muitas instituições de saúde, as histórias de negligência e abandono não devem mais se repetir.

Um novo milênio. Como queremos que nasçam nossas filhas e filhos? Como queremos que sejam assistidas as mulheres que perpetuarão a vida em nosso planeta? Como queremos receber estes novos seres humanos? Não temos todas as respostas, mas temos as seguintes certezas:

1. A mulher deve ter acesso aos serviços de saúde, o direito a planejar sua prole, seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados, a uma atenção pré-natal de qualidade ou a um tratamento humanizado ao abortamento incompleto, seja este espontâneo ou provocado;
2. A mulher grávida tem direito a uma referência para o local do parto;
3. A mulher tem direito a uma assistência que lhe garanta e à sua família, não apenas segurança, como também a possibilidade de viver o momento do nascimento como um acontecimento social e cultural, com respeito à sua privacidade;
4. A mulher tem o direito a optar pelo local onde ter seu filho, e a escolher o profissional que irá assisti-la e o(a) acompanhante que irá permanecer ao seu lado;
5. A mulher tem direito às informações disponíveis sobre gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido;
6. A mulher tem direito a fazer um plano de atenção ao parto que seja respeitado pelas instituições de saúde;
7. A mulher em trabalho de parto normal deve ter sua assistência conduzida com base nas recomendações feitas pela OMS no documento sobre assistência ao parto normal de 1996;
8. A mulher que puder e que assim o desejar deve ser incentivada e apoiada a realizar o aleitamento materno exclusivo sobre livre demanda até o sexto mês de vida e depois junto com outros alimentos até o segundo ano de vida;
9. A criança recém-nascida tem direito a cuidados imediatos, quando estes forem necessários, e a permanecer todo o tempo com sua mãe, sendo oferecido todo o apoio para que os vínculos familiares sejam estabelecidos;
10. A mulher tem direito a um acompanhamento pós-parto e também o direito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho(a).

Estas medidas são simples e possíveis de ser implementadas nos serviços de saúde de nosso país não podem mais esperar para se tornar realidade. Os resultados perinatais e as taxas de morbi-mortalidade materna resultantes da assistência prestada no Brasil, não nos permitem mais conviver com um modelo de assistência que tem sido responsável pelas maiores taxas de parto operatório do mundo e por mortes desnecessárias de mães e bebês. Nós da REHUNA, presentes nesta Conferência Internacional para Humanização do Parto e Nascimento queremos já, o quanto antes, que as mulheres tenham a possibilidade de parir e nascer com dignidade e afeto, sendo acolhidas por pessoas que percebam o parto e nascimento como um momento único, como uma expressão de amor.

**REHUNA**  
**REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E**  
**NASCIMENTO**

## WHO CONSENSUS CONFERENCE ON APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH

Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985

The Regional Office for Europe and the Regional Office for the Americas of the World Health Organization held a joint Conference that was attended by over 60 participants from North and South America and Europe, representing midwives, obstetricians, pediatricians, health administrators, sociologists, psychologists, economists, and service users. The Conference made a number of recommendations based on the principle that each woman has a fundamental right to receive proper prenatal care; that the woman has a central role in all aspects of this care, including participation in the planning, carrying out and evaluation of the care; and that social, emotional and psychological factors are decisive in the understanding and implementation of proper prenatal care.

### GENERAL RECOMMENDATIONS

---

1. Health ministries should establish specific policies about the incorporation of technology into commercial markets and health services.
2. Countries should develop the potential to carry out co-operative surveys to evaluate birth care technology.
3. The whole community should be informed about the various procedures in birth care, to enable each woman to choose the type of birth care she prefers.
4. Women's mutual aid groups have an intrinsic value as mechanisms for social support and the transfer of knowledge, especially with relation to birth.
5. Informal perinatal care systems (including traditional birth attendants), where they exist, must coexist with the official birth care system and collaboration between them must be maintained for the benefit of the mother. such relations, when established in parallel with no concept of superiority of one system over the other, can be highly effective.
6. The training of people in birth care should aim to improve their knowledge of its social, cultural, anthropological and ethical aspects.
7. The training of professional midwives or birth attendants should be promoted. Care during normal pregnancy and birth, and following birth should be the duty of this profession.
8. Technology assessment should be multidisciplinary and involve all types of providers who use the technology, epidemiologists, social scientists, and health authorities. The women on whom the technology is used should be involved in planning the assessment as well as evaluating and

- disseminating the results. The results of the assessment should be fed back to all those involved in the research as well as to the communities where the research was conducted.
9. Information about birth practices in hospitals (rates of caesarean section, etc.) should be given to the public serviced by the hospitals.
  10. The psychological well-being of the new mother must be ensured not only through free access to a relation of her choice during birth but also through easy visiting during the postnatal period.
  11. The healthy newborn must remain with the mother, whenever both their conditions permit it. No process of observation of the healthy newborn justifies a separation from the mother.
  12. The immediate beginning of breastfeeding should be promoted, even before the mother leaves the delivery room.
  13. Countries with some of the lowest perinatal mortality rates in the world have caesarean rates under 10%. Clearly there is no justification in any specific region to have more than 10-15% caesarean section births.
  14. There is no evidence that a caesarean section is required after a previous transverse low segment caesarean birth. Vaginal deliveries after a caesarean should normally be encouraged wherever emergency surgical capacity is available.
  15. 15. There is no evidence that routine intrapartum electronic fetal monitoring has a positive effect on the outcome of pregnancy. Electronic fetal monitoring should be carried out only in carefully selected medical cases (related to high perinatal mortality rates) and in induced labour. Countries where electronic fetal monitors and qualified staff are available should carry out investigations to select specific groups of pregnant women who might benefit from electronic fetal monitoring. Until such time as results are known, national health care services should abstain from purchasing new monitoring equipment.
  16. 16. There is no indication for pubic shaving or a predelivery enema.
  17. 17. Pregnant women should not be put in a lithotomy position during labour or delivery. They should be encouraged to walk about during labour and each women must freely decide which position to adopt during delivery.
  18. 18. The systematic use of episiotomy is not justified. The protection of the perineum through alternative methods should be evaluated and adopted.
  19. 19. Birth should not be induced for convenience, and the induction of labour should be reserved for specific indications. No geographic region should have rates of induced labour over 10%.
  20. 20. During delivery, the routine administration of analgesic or anesthetic drugs, that are not specifically required to correct or prevent a complication in delivery, should be avoided.

21. 21. Normally rupture of the membranes is not required until a fairly late stage in the delivery. Artificial early rupture of the membranes, as a routine progress, is not scientifically justified.

### IMPLEMENTATION OF RECOMMENDATIONS

1. Governments should identify, within the structure of their health ministries, units or departments to take charge of promoting and coordinating the assessment of appropriate technology.
2. Funding agencies should use financial regulations to discourage the indiscriminate use of technology.
3. Obstetric care services that have critical attitudes toward technology and that have adopted an attitude of respect for the emotional, psychological and social aspects of birth care should be identified. Such services should be encouraged and the processes that have led them to their position must be studied so that they can be used as models to foster similar attitudes in other centres and to influence obstetrical views nationwide.
4. The results of the assessment of technology used in birth care should be widely disseminated, to change the behaviour of professionals and give a basis to the decisions of users and the general public.
5. Governments should consider developing regulations to permit the use of new birth technology only after adequate evaluation.
6. National and local birth conferences that include relevant health providers, health authorities, users, women's groups and the media should be promoted.