

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Rosamaria Giatti Carneiro**

**CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO:**  
**uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências Sociais.

**Aluna: Rosamaria Giatti Carneiro**

**Orientadora: Profa. Dra. Luzia Margareth Rago**

**Campinas, novembro de 2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR

CECÍLIA MARIA JORGE NICOLAU – CRB8/3387 – BIBLIOTECA DO IFCH  
UNICAMP

	Carneiro, Rosamaria Giatti, 1978-
C215c	Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado / Rosamaria Giatti Carneiro. - - Campinas, SP: [s. n.], 2011.  Orientador: Luzia Margareth Rago. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.  1. Humanização do parto. 2. Corpo. 3. Sexualidade. 4. Subjetividade. 5. Feminismo. I. Rago, Luzia Margareth, 1948- II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informação para Biblioteca Digital

**Título em Inglês:** Scenes of childbirth and the body politics: an ethnography of female humanized birth practices

**Palavras-chave em inglês:**

Humanization of birth

Body

Sexuality

Subjectivity

Feminism

**Área de concentração:** Ciências Sociais

**Titulação:** Doutorado em Ciências Sociais

**Banca examinadora:**

Luzia Margareth Rago [Orientador]

Carmen Simone Grilo Diniz

Carmen Susana Tornquist

Ronaldo Rômulo Machado de Almeida

Soraya Resende Fleischer

**Data da defesa:** 22-11-2011

**Programa de Pós-Graduação:** Ciências Sociais

## **PROGRAMA DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

### **“CENAS DE PARTO E POLÍTICAS DO CORPO: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado”**

**Rosamaria Giatti Carneiro**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Ciências Sociais do IFCH – Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências Sociais, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores:

**Dra. Luzia Margareth Rago (orientadora)**

**Dra. Carmen Simone Grilo Diniz (USP)**

**Dra. Carmen Susana Tornquist (UDESC)**

**Dra. Soraya Resende Fleischer (UnB)**

**Dr. Ronaldo Rômulo Machado de Almeida (UNICAMP)**

**Campinas, 22 de novembro de 2011**



*Para Cecília e Nuno Carneiro*

*Pelo milagre da vida*



## Dos agradecimentos

Foram muitas as pessoas que tornaram possível o término da primeira versão deste trabalho, razão pela qual, desse modo, utilizaria muitas páginas mencionando todos aqueles que compuseram esse percurso. Para não me estender em demasia, assim como para não ser injusta diante da possibilidade do esquecimento de algum desses nomes, tentarei agradecer a essas muitas pessoas queridas, tendo a certeza de que aqueles que porventura não forem nomeados também me foram de essencial contribuição teórica e afetiva. Sendo assim, externo a todos os meus sinceros e mais amorosos agradecimentos.

De qualquer modo, peço licença a todos para declinar especiais agradecimentos:

- à minha orientadora, Profa. Margareth Rago, pela acolhida, estímulo intelectual, afeto e generosidade. Por sempre reiterar a possibilidade da diferença e da transformação do mundo, assim como por sua alegria de viver, ânimo e amizade.

- à FAPESP, pela oportunidade, incentivo, confiança e essencial auxílio logístico nesta pesquisa.

- ao programa de Doutorado em Ciências Sociais, seus professores, funcionários e colegas, pela oportunidade de desenvolver este trabalho, pelos ensinamentos transmitidos, oportunidades de diálogos e crescimento intelectual. Um agradecimento especial a Maria Rita Gandara, pela sempre pronta atenção, transmissão de informações, carinho e paciência. Deixo também o meu agradecimento à Profa. Dra. Amnéris Maroni por ter sido a primeira a ter contato com meu projeto de pesquisa e ter-me estimulado a seguir o percurso do parto humanizado como tema investigativo.

- a todos aqueles que um dia passaram pela Casa Amarela, ao redor da mesa azul que tanto foi companhia nesses quatro anos de pesquisa. Em especial, agradeço à Diocleide Ferreira, Carolina Branco, Nina Klimpel, Marina Saraiva, João Batista Bittencourt e José Leon, não somente pelo alimento do corpo, mas também pelo da mente e da alma, pelos risos, lágrimas e profundos debates. Pelas noites de quintal, de cozinha, estreladas e sem estrelas, pelo simples fato de existirem e de terem, de muito perto, acompanhado minhas angústias e alegrias, momentos de êxtase e de inseguranças com este trabalho.

- às amigas de Campinas, àquelas com as quais nunca deixei de conviver mesmo quando não residia mais nessa cidade e às que, quando voltei, retomei o contato diário. Em especial, às mulheres que dia a dia constroem comigo uma genealogia feminina: Iara D'Andrea, Veridiana Police e Estela Bulgareli. Obrigada pelo amor incondicional, pela

possibilidade do (re) encontro depois de anos e pela compreensão de minha ausência em muitos momentos importantes.

- às amigas e aos amigos do grupo de pesquisa, coordenado pela Profa. Dra. Margareth Rago, Carô, Célia, Júlia, Luana, Priscila e Susel, pela companhia, parceria, alegrias, trocas e amizade. Obrigada pela aventura do pensar feminina e diferentemente.

- aos amigos de Brasília, dos quais nunca me distanciei, desde que terminei o mestrado e que de lá se surpreendiam com a mudança de meu percurso acadêmico, entendendo minha busca; igualmente, aos amigos de Barcelona, que recentemente conheci e que me acolheram na troca de conhecimento e de experiências, em catalão, inglês, castellano e português, tornando minha estada em uma cidade que pouco conhecia simplesmente uma das melhores experiências de minha vida.

- ao Centro de pesquisa feminista DUODA, da Universidade de Barcelona, pela recepção calorosa, generosidade e apresentação do que descobri poder ser uma “ordem simbólica materna”.

- a todos os professores coordenadores de congressos dos quais participei pela interlocução que tantas frentes de pesquisa me abriram e me incitaram a percorrê-las.

- à minha família, pela paciência, suporte físico e emocional, carinho e confiança de que seria possível, principalmente, nos momentos mais difíceis. Agradeço, mais do que especialmente, à Cecília, pelas palavras ternas e sempre apaziguadoras, pelos jantares calorosos e pela torcida de que conseguiria; pelas palavras simples, mas sempre tão surpreendentes e repletas de sabedoria. Obrigada também à Roberta e ao Rafael Carneiro, pela amizade fraterna e compreensão amorosa. Somos o que somos, porque nos construímos assim.

- a todos os que me deram suporte logístico para essa tarefa, aos que me ajudaram em casa e a todos aqueles que me mantiveram confiante em minha capacidade.

- ao casal e à criança que me possibilitaram recentemente ter a experiência de assistir e, de certo modo, sentir a um parto. Obrigada pela confiança, partilha e por terem me possibilitado assistir à beleza da chegada de uma vida.

- aos dois grupos de preparo para o parto humanizado em que realizei a pesquisa, pela aposta, troca generosa e sempre instigante. Em especial, aos seus coordenadores, sempre prontos a responder às minhas questões curiosas e a me ensinar tanta coisa sobre o ideário do parto humanizado.

- a todas as mulheres, principalmente, com as quais convivi nesses últimos quatro anos, e também a essas mães, gestantes e parturientes, que me permitiram conhecer suas histórias, dedicando-me o seu tempo e a preciosidade de suas trajetórias.



*Eu vi a mulher preparando outra pessoa  
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga.  
A vida é amiga da arte  
É a parte que o sol me ensinou.  
O sol que atravessa essa estrada que nunca passou.  
Por isso uma força me leva a cantar,  
por isso essa força estranha no ar.  
Por isso é que eu canto, não posso parar.  
Por isso essa voz tamanha.*

*(Caetano Veloso)*



## **Resumo**

Esta etnografia aborda práticas femininas de parto humanizado dos anos 2000, a partir de dois grupos de preparo para o parto em São Paulo, Brasil. Em tempos de recorde de cesáreas, um conjunto de mulheres tem optado por dar à luz da maneira “mais natural possível”, prezando por suas sensações e suas emoções, em nome de um “parto que seja todo seu”. Partindo do pressuposto de que o parto não é somente um ato médico e fisiológico, essas mulheres têm procurado escapar das rotinas de sua aceleração, no encalço do que consideram ser um enriquecimento de suas experiências de parturição. Dotadas desse desejo, parecem tecer outras concepções de saúde, de dor e de risco e, assim, criar outras políticas do corpo que pare. Diante disso, problematizo a presença de outros modos de subjetivação femininos a partir desse universo, no qual parece haver um outro corpo de mulher e uma outra figura de mãe, não mais edificados nas rígidas acepções modernas, criando, com isso, situações temáticas para o diálogo entre feministas e adeptas do parir diferentemente.

## **Abstract**

This ethnography focuses on female humanized labor practices of the 2000s, from two groups of preparation for childbirth in Sao Paulo, Brazil. In times of record of cesarean sections, a group of women have chosen to give birth the “most natural” way, tied by their feelings and emotions in the name of a “delivery that is all yours.” Assuming that labor is not only a medical, physiological, these women have sought escaping from the routines of its acceleration in pursuit of what they consider to be an enrichment of their experience of childbirth. Equipped with this desire, seem to make other conceptions of health, pain and risk, and thus create other political body to stop. Thus, I question the presence of other female subjectivity modes from this universe, which appears to be another woman's body and another mother figure, no longer built on rigid modern meanings, creating thereby conditions for the thematic dialogue between feminists and adept at giving birth differently.



## Sumário

Para começar	1
Cap. 1 – O Parto Humanizado no Brasil. Perspectivas de ontem e de hoje	13
O Parto humanizado nos anos 2000	13
Da magnitude da cesárea no Brasil	22
Da casa para o hospital	25
Perspectivas femininas do modelo tecnocrático	34
Divergindo quanto à cesárea	42
Por um parir diferentemente	45
Cap. 2 – Em campo e em jogo: práticas de parto, emoções e traduções	53
Nos grupos de preparo para o parto humanizado	53
Encontro etnográfico e choque cultural	64
Da ausência do gueto: pluralidade entre gestantes e parturientes	70
Escuta flutuante: mulheres e trajetórias de parto	76
Parto como superação	77
Parto como coerência	93
Os nós do campo: perspectivas dissidentes e coincidentes	107
Cap. 3 – Em nome da experiência: parto, sexualidade e espiritualidade	161
“Eu não quero mais um parto, mas o meu parto”	161
Desaparecimento da experiência	167
(Re) inventando experiências e recuperando conceitos	173
Experiência, corpo e pessoa: trajetórias de parto	185
Dor, limites e um mosaico de emoções	194
Partolândia: transe e êxtase traduzindo o parto	203
Partolândia, descontrole, emoções e feminilidade	231

Cap. 4 – Feminismos, partos e maternidades:	
processos de subjetivação em perspectiva	239
Partos, maternidades e feminismos no Brasil	239
Feminismos por outras maternidades e partos: outra ordem simbólica	253
Maternidade contratada e maternidade experiência	261
“Eu não sou feminista e não tem nada de feminista no meu parto”	268
Tão distantes e tão próximas: feminismos e práticas de parto humanizado	275
Por outros modos de subjetivação feministas e maternos	291
À guisa de conclusão	301
Referências bibliográficas	313

## Para começar

Para começar a apresentação deste trabalho, realizarei o percurso inverso, começando pelo fim ou pelo mais recente. Dois meses antes de encerrar a escrita, tive a oportunidade de assistir a um parto domiciliar, desde as suas primeiras contrações ritmadas. Há algum tempo havia encerrado a pesquisa de campo e por mais que tivesse tentado acompanhar um parto durante quatro anos de pesquisa, quando finalmente pude fazê-lo, parecia não se tratar mais de uma experiência de campo, mas de algo diferente e dotado de grande valor simbólico. Se até então estava escrevendo com base em relatos, passei a escrever tendo por alicerce algo vivido, na qualidade de assistente, aquilo que nunca senti.

Pensei em nem mesmo trazer essa situação à tona, mas me pareceu impossível, tamanha sua intensidade e representatividade. Esta tese aborda práticas femininas de parto “mais naturais” na contemporaneidade, em tempos de recorde de cesáreas e de rotina de um conjunto de procedimentos médicos considerados invasivos, procurando acompanhar o deslocamento social, afetivo e simbólico de mulheres adeptas do movimento do parto humanizado. Dessa maneira, além de uma etnografia é também uma cartografia, a exposição de trajetórias gestacionais e de experiências de parto em suas emoções, percepções, anseios, inseguranças e razões. Para realizá-la, frequentei grupos de preparo para o parto humanizado, listas de discussão de gestantes, seminários e oficinas sobre modos de parir, assim como analisei *sites* e *blogs*. De certa maneira, fui uma gestante de útero vazio, mas faltava-me o parto. Diante disso, peço licença para narrar, ainda que não em minúcias, a experiência que recentemente vivi, pois acredito ser uma maneira interessante de inserir o leitor em meu universo de pesquisa.

Sábado, por volta das 18 horas, recebi o telefonema do marido da gestante. Nós havíamos conversado sobre a possibilidade de que eu acompanhasse o parto, não na qualidade de pesquisadora, mas para dar apoio ao filho mais velho do casal, já que seria um parto em casa. Soube que as contrações tinham-se tornado mais intensas, ainda que não ritmadas. Quando lá cheguei, na manhã seguinte, o clima era de um dia normal, ela deitada, o filho

mais velho brincando e o marido cuidando do aquário na sala. Domingo como qualquer outro domingo, salvo por um bloco de anotações sobre a mesa da cozinha, com o horário das contrações e o respectivo tempo de duração, assim como certa expectativa de que estava chegando a hora. Fui até o quarto, conversei com a mulher e ela, com um semblante tranquilo, me disse: “Estou aproveitando para descansar agora, porque depois já viu, né?! Mas vou levantar para tomarmos café”.

Ela tomou banho, tomamos café, brinquei com a criança, conversamos e ela seguia sentindo as contrações, que ora engrenavam, ora cessavam. O casal decidiu ir à casa de uns amigos, para um churrasco e para assistir ao jogo de futebol; ela se arrumou, mas pediu que não comentássemos com ninguém que já estava em trabalho de parto. Em alguns momentos, pude perceber que ela se calava, certamente porque as dores ficavam mais intensas. Passamos horas em um quintal, com um grupo de pessoas e crianças brincando, tudo consoante uma normalidade inacreditável. Então, vi-me pensando: “Será que ela está bem? Como serão as sensações corpóreas? Será que ela está com medo? O que ela estará sentindo e no que estará pensando?”

Quando o jogo começou, ela me pediu que fôssemos ao show do Arnaldo Antunes, na praça da cidade. Eram 17 horas e lá dançamos e nos descontraímos. Ela parecia tranqüila, mas as pessoas da cidade que a encontravam perguntavam: “Menina, você não vai ter esse bebê logo, não? Você por aqui? Nossa, que coragem! Eu achei que você já tivesse parido, porque me disseram que você estava em trabalho de parto!”

Ela já contava com 40 semanas de gravidez e manifestou certa irritação com tantas perguntas. “Que coisa, as pessoas acham que mulher grávida precisa ficar em casa, de pernas para cima!”. Mal sabiam essas pessoas, que ela já estava em franco trabalho de parto. Decidimos voltar para a casa dos amigos do casal e, quando lá chegamos, ela quis logo ir embora para a sua casa, estava com frio e, acredito eu, sentindo que as contrações estavam cada vez mais curtas. Rapidamente, arrumamos tudo e fomos embora.

O filho mais velho, imediata e curiosamente, dormiu no carro e quando chegamos o pai o colocou na cama e ele e sua mulher foram tomar banho. Fui fazer uma sopa e enquanto cozinhava o marido passou pela cozinha e disse que iria telefonar para a parteira porque as contrações estavam “pegando”. E eu disse: “Mas já?”

Pouco tempo depois, quando ela apareceu, vestida, toda arrumada e com o colar que o filho mais velho tinha feito no dia das mães, seu semblante era outro, prevendo-se que não demoraria muito para o bebê nascer. Nem meia hora depois, a parteira já tinha chegado com todo o material importante, piscina, luvas, álcool, escuta, ultrassom, baldes, creme e tesouras. O bebê já estava baixo. Enquanto arrumávamos o quarto e a banheira, ela ficou na sala, escutando Maria Bethânia e fazendo algumas posições de ioga. Suas contrações passaram a ser tão frequentes, que logo decidi ir para o chuveiro, já que água parecia ajudá-la nessas horas. Velas, som e o marido a acompanharam no banho. O filho mais velho dormia. Decidiram fazer um exame de toque para se ter idéia da dilatação; ela já estava com 7 cm.

Desse em momento em diante, foi tudo ainda mais rápido. Nós não conseguimos terminar de encher a banheira montada no quarto. Depois de 1h30, entre gemidos, que sinceramente não me pareciam de dor, mas de um corpo que dava passagem, fui chamada pelo marido para fotografar o nascimento. Justamente nesse momento, o filho mais velho acordou e estava em meus braços, fomos ao banheiro e quando lá chegamos, a cabeça do bebê estava saindo. Ela de quatro, apoiada em uma bola, falante e lúcida, dava as boas-vindas ao filho, que sentia nascer. A parteira urbana, por sua vez, atrás dela, mesclando tecnologia e saber tradicional, cantava uma música para recepcionar a criança. O filho mais velho parecia fascinado, enquanto o pai anunciava a chegada do irmão mais novo.

Poder ver a saída de uma criança do corpo materno, perceber o bebê girando, abrindo os olhos e sendo recepcionado por sua mãe é algo que por mais que eu tentasse não conseguiria colocar em palavras. Foi tudo muito forte, mas simultaneamente tudo muito cotidiano, no sentido de ser natural - por mais que esse termo seja tão problemático. Não havia medo do risco e da dor, não havia insegurança, tudo contava com uma integração e

pertencimento tão grande. Pouco tempo depois do parto, o casal permaneceu com os filhos, cortou-se o cordão, o bebê foi pesado, vestido e logo dormiu e assim fez também o filho mais velho. E o casal terminou a noite, menos de 4 horas depois de tudo ter começado, conversando tranquilamente com a parteira urbana sobre o desenrolar de todo o trabalho de parto. Nesse momento, o da recuperação simbólica do ocorrido, emocionados, porém tranquilos, percebi que era hora de eu me retirar e deixá-los a sós, desfrutando de suas impressões.

Na manhã seguinte, só conseguia pensar na integração entre o parto e a vida daquele casal, no quanto o parto, uma vivência forte, tornou-se agregado à casa, suas escolhas e modos de perceber o mundo. Pude, ainda, acompanhar as primeiras horas do bebê na casa e a chegada das primeiras visitas; depois disso, decidi voltar para o meu universo, com a nítida sensação de que tinha tido o privilégio de assistir à chegada de um novo ser humano ao mundo e de que isso tinha acontecido em um momento crucial de minha trajetória profissional, poucos meses antes de encerrar esta investigação.

Essa mulher, assim como as outras a serem mencionadas neste trabalho, é uma das adeptas do ideário do parto humanizado, uma espécie de movimento ou de rede de articulação de críticos da prática obstétrica brasileira contemporânea. Critica-se a cultura cesarista e a prática de procedimentos médicos de rotina, como a episiotomia (o corte na musculatura perineal) ou o uso da ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas), entre outras práticas tidas como invasivas e desnecessárias. Dessa forma, em nome de um parto com o mínimo de intervenções médicas possível, amparados em pesquisas da Biblioteca Cochrane, um grupo de profissionais de saúde e de mulheres (gestantes, parturientes e mães) tem defendido a importância e os benefícios de um parto “mais natural”. Essa mobilização teve inícios na década de 1990, com a fundação da ReHuNa (Rede de Humanização do Nascimento) e com o despontar de grupos de preparo para o parto humanizado. Contudo, em três décadas, o ideário ganhou adeptos e notória representatividade, funcionando atualmente mais como uma proposta norte que comporta inúmeros modelos de parto, desde o parto domiciliar até o parto hospitalar com o mínimo de intervenção possível.

Desse universo participam ainda as doulas, as parteiras tradicionais do Norte e Nordeste do país e mais recentemente também as enfermeiras obstetrias ou parteiras urbanas, além de médicos adeptos da filosofia, assim como também o próprio Ministério da Saúde e o Estado, com políticas públicas orientadas à reversão do número de cesáreas nos hospitais brasileiros. No entanto, esta tese centra-se nas práticas das mulheres que decidem por esse parto “mais natural”, com o intuito de compreender suas decisões e problematizar suas consequências subjetivas, sociais e simbólicas. Essas mulheres, plurais e diferentes umas das outras, são curiosamente as que têm acesso ao sistema privado de saúde e que poderiam parir sem nenhum obstáculo em grandes hospitais, amparadas por uma equipe médica, com direito à analgesia e a uma cesárea rápida e “segura”, mas que, de outra forma, decidem seguir outros percursos, tratando de parir diferentemente. Esse é o pano de fundo de onde parti e a partir do qual tratarei de debater percepções de corpo, pessoa, saúde, doença, feminilidade e novos modos de subjetivação femininos, maternos e feministas neste começo de século 21.

Para entender os motivos desses outros modos de parir e apresentar o modelo de parto operante entre essas mulheres, inseri-me em dois grupos de preparo para o parto humanizado, optando pela perspectiva etnográfica. Se os primórdios desta pesquisa se devem à curiosidade de entender o porquê de mulheres de nossos tempos optarem por sentir as contrações, a dilatação de seus corpos, as dores e o medo do parto, divergindo da regra e causando estranheza em tempos de alta tecnologia, de outro lado, as teorias e os movimentos feministas atuaram como o seu outro ponto temático. De certo modo, a perspectiva feminista, seu interesse pela saúde da mulher, controle do corpo feminino e negação da maternidade-mandato, funcionou como mola propulsora de questionamentos dessas práticas.

Sabe-se bem como um conjunto de feministas se opuseram e ainda se opõem à maternidade, dada a persistência, também entre elas, de um imaginário moderno de maternidade rousseauiana. Para algumas orientações feministas, demandar ou reivindicar a maternidade e, em meu caso o parto, poderia resultar em um retrocesso, como recentemente pude observar no Brasil, diante do posicionamento da Rede Feminista de

Saúde perante o programa “Rede Cegonha” do atual Governo Federal. Essa iniciativa pública, de defesa do acesso aos leitos hospitalares e aos exames pré-natais, tem sido objeto de crítica de uma parcela das feministas, devido ao fato de entenderem que tal programa reiteraria a noção já tão debatida de “mulher-hospedeira” e de que “anatomia é destino”. De outro lado, na França, mas no mesmo sentido, Elisabeth Badinter acaba de publicar *O conflito. A mulher e a mãe* (2011), dizendo temer a atual “ofensiva naturalista” por uma maternidade ecológica. O interessante é que, se esses têm sido alguns posicionamentos feministas, a historiadora Yvonne Knibiehler, em contrapartida, no também recente *Qui gardera les enfants?* (2007), sinaliza a importância de o feminismo contemporâneo questionar outros modelos de maternidade, de modo a se preocupar também com as mulheres que desejam parir e que querem exercer a maternidade para além dos modelos já vistos historicamente. Posto dessa maneira, se a maternidade pode ser tema assim tão controverso no interior do pensamento feminista, o parto, por consequência, também acaba sendo, a despeito de uma mulher poder ser mãe sem parir e vice-versa. Entretanto, exatamente por ser essa a sua figuração, decidi estabelecer o diálogo crítico entre o que pude perceber nas práticas de um parir diferentemente e as tentativas de desconstrução de concepções rígidas que se tem de mulher.

O parto domiciliar descrito anteriormente, por exemplo, trouxe à tona, de maneira mais explícita, o que as mulheres entrevistadas comentavam a respeito do corpo feminino. Pelo menos nesta cena de parto, o que pude perceber era um corpo-atividade, um corpo que para aquela mulher era saudável e potente, em tese distante de perspectivas médicas ou psicanalíticas que tenderam a caracterizá-lo como frágil, perigoso, instável e foco de patologias. De igual modo, durante a pesquisa, muito se disse sobre a casa como ambiente seguro para se dar à luz, um aspecto também exposto neste relato de parto. Era a casa, o conhecido e o familiar, o ambiente da segurança e não mais o hospital, com a equipe médica, as máquinas e os utensílios, há tanto tempo consignados nos manuais de obstetrícia.

Da experiência desse casal, pude também, de certo modo, viver o tempo tão mencionado durante a pesquisa, tempo que não é o do *chronos*, mas o da mulher e de seu corpo. Neste

parto não importavam os minutos, o compasso do tic-tac, ou os tempos limites para determinadas práticas médicas, com a exceção do momento em que a parteira perguntou pelo relógio para marcar o exato tempo do nascimento. O que é sujo e limpo também despontou como o anunciado nas entrevistas, parecendo vigorar outra idéia de assepsia. Existiu a preocupação com a limpeza do local, porém sangue, suor, odores e fluídos corporais não foram apreendidos como fonte de contaminação ou de sujeira, mas, ao contrário, como componentes da experiência, da mesma maneira que o corpo nu, que nos hospitais, pelo que as mulheres contam, é algo impensável por “incomodar os médicos”, por gerar pudor e receio de contaminação. Pude perceber ainda a relação de gênero entre o casal, do masculino que auxilia, dá suporte, do feminino que ora se contrai e que ora se expande, mas que, ainda que com papéis marcados, pareciam equilibrar-se muito mais do que se diferenciar em um tom hierárquico. Escutei gemidos, lampejos de insegurança e de determinação, de confiança e de pequeno receio e pude, igualmente, enxergar a relação existente entre parturiente e parteira urbana, mais afeita à solidariedade e ao compartilhamento de responsabilidade do que de algo em que um pólo detém o saber-poder. Esse é um parto e não poderia generalizá-lo. Segundo as adeptas de outros modos de parir, “cada parto é um parto, cada mulher é uma mulher”; no entanto, em que pese sua singularidade, tive a oportunidade de, a partir dele, estabelecer uma comunicação mais específica com essas mulheres,

... pela simples razão de que o que ali se passa é literalmente inimaginável, sobretudo para um etnógrafo, habituado a trabalhar com representações: quando se está em tal lugar, é-se bombardeado por intensidades específicas (chamemo-las de afetos), que geralmente não são significáveis. Esse lugar e as intensidades que lhe são ligadas têm então que ser experimentadas: é a única maneira de aproximá-los (SAADA, 2005:159)

Se me perguntassem se essa vivência era mesmo necessária, tenderia a dizer que não, mesmo porque já muito se debateu sobre a necessidade de se ser negro para pesquisar negros, gay para pesquisar gays, mulher para pesquisar mulheres, mãe para pesquisar mães.

Eu ainda não pari e poderia ter terminado este trabalho sem ter assistido a nenhum parto, porém, graças à generosidade desse casal, acredito que o trabalho tenha conquistado maior riqueza de detalhes à medida que testemunhei o ocorrido. Desse modo, com a licença para a modéstia de minha experiência, se Márcio Goldman (2006) escutou o soar dos tambores na Bahia, se Favret-Saada (2005) chegou a sentir-se enfeitiçada entre os Bocage francês; eu pude acompanhar o corpo feminino em trabalho de parto em São Paulo.

Com essa equiparação, contudo, não pretendo me inserir na polêmica discussão sobre o “ser afetado” ou “afetar-se” em campo, pois além de o debate ser árduo e demasiadamente controverso, não é esse o ponto a quero chegar. Prezo pela importância do distanciamento, pelo olhar que aproxima, mas se distancia e que pode, assim, tornar viável a problematização de nossas categorias de pensamento. Dessa maneira, recorrendo ao escrito por Favret-Saada, tratou-se mais de uma tentativa de “conceder estatuto epistemológico a situações de comunicação não verbal, involuntária e não intencional” (2005:7-9), como as que acontecem durante um trabalho de parto. Estar diante da experiência crua e “animal” no sentido ofertado por Bataille (1993), desprovida de maquiagem e organização semântica, em minha apreensão, colocou-me diante da capacidade e atividade que, segundo essas mulheres, pode estar situada no corpo feminino, renunciando um pouco o escrito pela poetisa Adrienne Rich em *Nacemos de mujer* (1996):

No conozco a ninguna mujer – virgen, madre, lesbiana, casada, célibe, que gane su sustento como ama de casa, camarera o exploradora de las ondas cerebrales – para quien su cuerpo no sea el problema fundamental: su significado oscuro, su fertilidad, su deseo, su llamada frigidez, su sangre, sus silencios, sus cambios y mutilaciones, sus violaciones y maduraciones. Es la primera vez que se presenta la oportunidad de convertir nuestro organismo en conocimiento y poder. La maternidad física no es más que una dimensión de nuestro ser. (RICH, 1996:401)

Dessa maneira, essas mulheres e eu, estivemos juntas no sentido de pensar o corpo como fonte de conhecimento e de pensar em outras figurações subjetivas e simbólicas, tratando de interpretar nossas práticas e encontro etnográfico. É lógico que tanto o parto, como a maternidade, como se poderá perceber, são vivências ambíguas, uma mistura de plenitude e de cerceamento, que define o distanciamento, portanto, de aqui reiterar uma perspectiva romantizada de maternidade, mesmo porque os relatos dessas mulheres não permitiriam essa idealização. Assim, poderia ter-me dedicado a interpretar suas práticas à luz do já existente, da repetição do passado e do saudosismo de um tempo perdido, porém o caminho da diferença me pareceu mais atraente e frutífero para o campo das Ciências Sociais, para que novas concepções pudessem ser anunciadas e, no mínimo, problematizadas.

A fala neste trabalho é a feminina; dela parto e nela me situo para extrapolar consequências, simbolizações e metáforas que, por ventura, pudessem sugerir algo diferente. Para dar conta do que o percurso investigativo anunciava, os escritos de Michel Foucault, quanto à biopolítica, nascimento da medicina social e higiênica, bem como novos modos de subjetivação foram bastante importante e profícuos. Em outro sentido, também as ponderações de Margareth Rago quanto aos novos modos de subjetivação feministas e de Roy Wagner acerca da antropologia reversa foram de suma contribuição para o debate entre parto humanizado e feminismos. Na realidade, muitos foram os autores parceiros e as aberturas teóricas exploradas, desde a antropologia, historiografia até a filosofia. Procurei, no entanto, trabalhar pautada na teoria da multiplicidade e da diferença, captando movimentos de reatualização de discursos hegemônicos e de desenhos de discursos contra-hegêmonicos, na tentativa de realçar possíveis “linhas de fuga” em pensamentos arborescentes (Deleuze, 2001). Dessa maneira, a tese encontra-se organizada da seguinte forma:

Discuto no primeiro capítulo, “O Parto Humanizado no Brasil. Perspectivas de ontem e de hoje”, o movimento do parto humanizado em nosso país. Procurei entender o que as mulheres criticam na prática da obstetrícia, o que querem e o que têm buscado mediante outros modelos de parto. Para isso, foi preciso recuperar o processo histórico de migração do parto para os hospitais e da consolidação da noção de cesárea como maneira rápida,

segura e indolor de se dar à luz, inicialmente, nos países do Norte e depois, mais incisivamente, a partir da década de 1950, em território brasileiro. Remontei à sociedade moderna, ao advento da medicina higiênica e social, à teoria da dimorfismo sexual e suas consequências no Brasil colonial a partir do século 19. Por último, tratei de salientar de que maneira o movimento do parto humanizado foi constituído, como se encontra organizado e mediante que bases teóricas. Para tanto, lancei mão de estudos históricos e antropológicos sobre a parturição, saúde da mulher e feminismos, produzidos tanto no Brasil quanto no exterior.

O segundo capítulo, intitulado “Em campo e em jogo: práticas de parto, emoções e traduções”, apresenta o material de campo, desde a contextualização dos grupos de preparo para o parto humanizado até a descrição dos principais pontos das entrevistas realizadas com mulheres que pariram diferentemente. Discorro também sobre as razões da etnografia, encontro etnográfico e inspiração cartográfica, dada a constatação de ter trabalhado também com mapas socioafetivos (Rolnik, 1989). Em seguida, tematizei a noção de parto natural, de tempo, de doméstico, de relações de gênero, de cesárea, de anestesia, de transgeracionalidade e as perspectivas do corpo grávido e do corpo na cena de parto, entre outros pontos.

Feito esse percurso, no terceiro capítulo, “Em nome da experiência: parto, sexualidade e espiritualidade”, objetivei pensar sobre o material etnográfico de maneira abrangente, a fim de entender os motivos da preferência por um parto “mais natural” em tempos de tanta tecnologia e de maternidade tardia. Nesse encaixo, procurei refletir sobre o narrado pelas mulheres analisadas, pondo em cena a discussão sobre o recorrentemente articulado em campo: “Não quero mais um parto, mas o meu parto”. Para isso, recorri ao debate filosófico sobre a pobreza da experiência (Benjamin e Agamben), sobre a noção de experiência (Foucault, Scott e Bataille), bem como de corpo e de pessoa (Duarte e Csordas), buscando examinar teoricamente com que tipo de experiência as mulheres desta etnografia estariam operando. Para pensar sobre uma volição de singularidade identificada nos relatos de parto mais natural, debruicei-me sobre a idéia de descontrole e de dor, sinalizando para a

pluralidade de sua conotação e possibilidades de (re) significação, concluindo com a discussão sobre o êxtase e o transe no parto.

Por último, o quarto capítulo, “Feminismos, partos e maternidades: processos de subjetivação em perspectiva”, encerra a tese, refletindo sobre a interface entre feminismos e práticas de outros modos de parir. Para isso, recuperei como os feminismos brasileiros apreenderam a maternidade, tomando de saída *O segundo sexo* de Simone de Beauvoir (1949) e a reflexão do movimento pela saúde da mulher brasileira nos anos de 1980. Esse material permitiu-me interpretar as práticas femininas analisadas neste trabalho, tanto como resultantes do pensamento feminista das décadas anteriores, como também como sua crítica e como seu desafio. Para tanto, recorri às obras de teóricas feministas brasileiras, às espanholas do feminismo da diferença sexual, aos aportes da antropologia reversa (Wagner, 2010) e da noção de “novos modos de subjetivação feministas” (Rago, 2005 e 2006).

Diante disso, pode-se dizer que esta tese aborda as narrativas femininas de parto “mais naturais”, inseridas no contexto do movimento do parto humanizado, no Brasil dos anos 2000, tecendo considerações sobre suas matrizes discursivas, seus objetivos e suas consequências no que tange à intersecção entre maternidade, parto e feminismos.



# Capítulo 1

## O parto humanizado no Brasil

### Perspectivas de ontem e de hoje

*Quero nunca mais partir para longe de mim*  
(Elisa Lucinda)

Tendo em vista problematizar as representações femininas de parto na contemporaneidade, procurarei contextualizar o surgimento da idéia de parto humanizado no Brasil, suas principais diretrizes, interfaces com outras matrizes discursivas e interpretações teóricas recentemente produzidas. Para tanto, tomarei de saída o presente, tecendo considerações sobre o que pode ter norteado a sua constituição.

#### O parto humanizado nos anos 2000

Por parto humanizado entende-se, *a grosso modo*, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode ser o parto que ocorre em casa, com “parteiras urbanas”<sup>1</sup>, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a efetivação de determinadas práticas médicas.

O termo parto humanizado passa a circular no Brasil, na década de 1990, como resultado das críticas ao sistema médico obstétrico vigente e de uma nova proposta de atenção ao nascimento (Diniz, 2005; Tornquist, 2004 e 2003; Rattner, 2005 e Sabatino, 2001). Naquela época, um grupo de profissionais da saúde, insatisfeitos com a prática médica que tinha se

---

<sup>1</sup>Nesta tese, utilizarei o termo êmico para me referir à figura da enfermeira obstetriz. Dessa maneira, a expressão urbana vem por mim acrescida para diferenciá-la das parteiras tradicionais presentes nas regiões Norte e Nordeste do país.

tornado regra no país, reúne-se ao redor do que depois, em 1993, veio a ser a ReHuNa (Rede de Humanização do Nascimento)<sup>2</sup>. De maneira geral, com o suporte da “medicina baseada em evidências”<sup>3</sup>, criticavam as altas taxas de cesárea, o descumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre assistência ao parto, puerpério e saúde materno-infantil (1985)<sup>4</sup> e um conjunto de procedimentos, tido como invasivos, que haviam se tornado padrão de atendimento nos hospitais brasileiros.

De outra parte, pouco tempo depois, assiste-se também à mobilização de um conjunto de mulheres “usuárias” do sistema de saúde privado brasileiro<sup>5</sup>, as quais, não necessariamente adeptas às reivindicações feministas e, em alguns casos, até mesmo um pouco resistentes a esse movimento, passaram a se organizar enquanto “consumidoras” dos serviços médicos e hospitalares, ao redor da crítica da prática obstétrica. Elas procuravam indagar a razão de determinados procedimentos, em nome do desejo de parirem de acordo com suas crenças, estilo de vida, ética e autodeterminação.

---

<sup>2</sup>ReHuNa é uma rede que conecta profissionais e ativistas do parto humanizado no Brasil. Ela foi fundada em um dos primeiros encontros que visava debater a realidade da prática obstétrica no Brasil, ocorrido em Campinas, no ano de 1993. Depois de estabelecida, para articulação dos interessados no tema e difusão dos estudos sobre outras possibilidades de se dar à luz, em 2000, concebeu a Carta de Fortaleza, documento cujo objetivo era estabelecer os princípios que norteariam a proposta da rede com adeptos em todo território nacional. Depois disso, de 5 em 5 anos, tornou-se responsável pela organização de conferências sobre a humanização do nascimento no Brasil e na América Latina. Dessa maneira, é um modo de ativismo social organizado notadamente mediante a internet e encontros temáticos. Pode-se dizer que, atualmente, dela participam médicos, enfermeiras, “doulas” e mulheres que desejam experimentar outro modelo de parto que não seja a cesárea, tida, por seus componentes, como regra. Para mais, ver [www.rehuna.org.br](http://www.rehuna.org.br).

“A ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - é uma organização da sociedade civil, que vem atuando desde 1993 em forma de rede de associadas(os) em todo o Brasil. Nosso objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização do parto/nascimento”. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao processo de gravidez/parto/nascimento/amamentação, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico. A ReHuNa apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe-Bebê e da medicina baseada em evidências científicas. Essa missão vem sendo buscada na prática diária de pessoas, profissionais, grupos e entidades filiados à rede e preocupadas(os) com a melhoria da qualidade de vida, o bem-estar e bem nascer” (site da ReHuna).

<sup>3</sup>Um conjunto de pesquisas sobre a eficácia e segurança de determinados procedimentos médicos, mais notadamente ginecológicos e obstétricos, cujo maior entusiasta e precursor teria sido o médico britânico Archie Cochrane (1909-1988), autor do livro *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health service* (1972). Conforme essa vertente, a obstetria é a especialidade médica mais descolada da evidência científica de sua prática, eficácia e razoabilidade.

<sup>4</sup>Documento conhecido no Brasil como *Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, FEBRASGO e ABENFO, 2003.

<sup>5</sup>Conforme histórico divulgado nas páginas [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br) e [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br)

Nesse cenário, o espaço virtual “Amigas do Parto”<sup>6</sup> teve grande importância; criado enquanto página e lista de discussão da internet em 2001, buscou difundir queixas, relatos de parto e possibilidades de outros modos de parir. Depois dele, surgiu o grupo “Parto do Princípio”<sup>7</sup>, que conta, já há algum tempo, com espaço físico na cidade de São Paulo - o GAMA (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa) -, onde acontecem cursos para gestantes, formação de “doulas”<sup>8</sup> e atendimento pré-natal. Com esse mesmo foco, nasceu também, em 2002, a ANDO-Brasil (Associação Nacional de Doulas), com uma proposta de unificar e conferir representatividade às profissionais que acompanham gestantes, parturientes e mães, dando suporte emocional, psíquico, informativo e propriamente físico<sup>9</sup>.

Toda a movimentação teve início em pequenos grupos e propostas isoladas, que depois se somaram a contextos mais amplos, como nos encontros da ReHuNa, nas cidades de Fortaleza e Campinas. Vale ressaltar, entretanto, que antes mesmo desse encontro de críticas, alguns médicos brasileiros, na década de 1970, já apontavam para o problema e tentavam prestar assistência ao parto amparados por outras perspectivas. Entre eles, os

---

<sup>6</sup>Para mais, ver [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br)

<sup>7</sup>Para mais, ver [www.partodoprincipio.org.br](http://www.partodoprincipio.org.br)

<sup>8</sup>A palavra doula vem do grego e significa “a mulher que serve”. Hoje, significa uma profissional, voluntária ou remunerada, que auxilia a gestante, parturiente e já parida, bem como o casal grávido, tanto mediante um trabalho físico (exercícios, massagens e técnicas de alívio da dor), quanto psicológico (dirimindo dúvidas e inseguranças) e institucionalmente, no momento do parto, em hospitais ou casas de parto. É uma figura cada vez mais reconhecida pelas mulheres e no interior do próprio ideário da humanização.

<sup>9</sup>“Desde os primórdios da humanidade foi se acumulando um conhecimento empírico, fruto da experiência de milhares de mulheres auxiliando outras mulheres na hora do nascimento de seus filhos. Com a hospitalização do parto nos últimos anos, as mulheres desenraizadas e isoladas, perderam esse apoio psico-social. Como parte do processo de integração dos conhecimentos tradicionais milenares acumulados pela experiência humana com os progressos científicos contemporâneos, vem surgindo, no frio cenário do parto hospitalar a figura da doula. A palavra grega doula, vem sendo utilizada a partir das pesquisas de Marshall H. Klaus e John H. Kennel, no início da década de 90, para designar aquelas mulheres capacitadas para brindar apoio continuado a outras mulheres, (e aos seus companheiros e/ou outros familiares) proporcionando conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde de vários países, entre eles o Brasil (portaria do Ministério da Saúde de 28 de maio de 2003), reconhecem, após uma década de pesquisas científicas, a enorme contribuição da presença da doula nesse momento tão significativo e de tão profundas repercussões futuras. Tem-se demonstrado que o parto evolui com maior tranquilidade, rapidez e com menos dor e complicações tanto maternas como fetais. Torna-se uma experiência gratificante, fortalecedora e favorecedora da vinculação mãe-bebê. As vantagens também ocorrem para o Sistema de Saúde, que além de oferecer um serviço de maior qualidade, tem uma significativa redução nos custos dada a diminuição das intervenções médicas e do tempo de internação das mães e dos bebês. Na América do Norte, por exemplo, estima-se que existam atualmente de 10.000 a 12.000 doulas. No Brasil, a demanda de mulheres e instituições que solicitam esse serviço, ainda que bem menor, também vem crescendo significativamente”, texto acessado no [www.doulas.org.br](http://www.doulas.org.br) (Associação Nacional de Doulas do Brasil), em 21 de fevereiro de 2011.

principais parecem ter sido: Galba Araujo, no Ceará<sup>10</sup>; Cláudio Parcionick, em Curitiba<sup>11</sup> e Hugo Sabatino, em Campinas<sup>12</sup>. Cada um ao seu modo, e com base em estudos particulares, procurava difundir práticas de parturição consideradas mais afeitas à fisiologia feminina, sendo essas, na maioria, orientadas aos partos na vertical e de cócoras, em banquinhos de madeira ou em cadeiras de acrílico apropriadas, posteriormente instalados em algumas instituições hospitalares do Brasil.

Entre os dias 26 e 30 de novembro de 2010, Brasília abrigou a *III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento*. Dela participaram médicos, parteiras tradicionais, parteiras urbanas, enfermeiras, doulas e ativistas do parto humanizado, totalizando, aproximadamente, 2500 participantes. Durante sua realização, o Brasil foi apontado como o atual “carro chefe” do movimento por outra forma de assistência ao parto, dado o grau de sua mobilização atual e a recente (re)hospitalização do parto em países, até então, ícones de uma assistência “mais natural”, como é o caso da Inglaterra e da Holanda. Esse encontro parece sugerir quanto o movimento do parto humanizado parece ser, nos dias de hoje, plural, heterogêneo e significativo, em primeiro lugar, porque muitos são os profissionais que dele participaram e, em segundo, porque diferentes são suas orientações e suas atitudes. Dessa forma, decorridas duas décadas de mobilização ao redor da assistência médica oferecida ao nascimento, tendo a concordar com o ponderado por Diniz (2005), para quem o termo parto humanizado deve ser entendido como “polissêmico”, enquanto significante de práticas e de atores diversificados.

---

<sup>10</sup>Na década de 1970, introduziu o conhecimento das parteiras tradicionais na cena hospitalar, trabalhou com a inclusão de tecnologias mais apropriadas à fisiologia do parto, especificamente com a utilização de bancos de madeira nos quais as mulheres poderiam parir acoradas. Por isso, obteve grande reconhecimento nacional e internacional.

<sup>11</sup>Médico de Curitiba-PR, que, depois ter estudado a comunidade *kaigang* da região sul do Brasil, salientou a importância do preparo da musculatura perineal para o parto. Assim como Galba Araujo, procurou inserir em contextos institucionais propostas mais “naturais” de parto. Em sua proposta, percebe-se a repercussão dos costumes indígenas de parto.

<sup>12</sup>Fundador da ReHuNa e do Grupo do Parto Alternativo do CAISM-Unicamp, atua na área da humanização há mais de 25 anos. É ainda hoje o coordenador da equipe conhecida como grupo de cócoras da Unicamp, que oferece preparo e assistência gratuita para casais que queiram parir na cadeira de acrílico construída especialmente para esse tipo de parto.

Não obstante, ainda assim é difícil pensar nesse ativismo como movimento social nos moldes mais tradicionais, em termos de organização e de representatividade (Gohn, 2000). Em virtude de ser pontual e pulverizado, o movimento do parto humanizado não conta com uma agenda ou mobilização organizada nacional, estadual ou regionalmente. No entanto, por outro prisma, talvez pudesse ser entendido como novo modelo de ação social, que tem na internet sua maior ferramenta de ativismo, ou então, no limite, como rede de atores sociais mobilizados por uma causa em comum.

Essa pulverização parece vir também pela heterogeneidade de termos empregados na tentativa de caracterizá-lo quanto às suas diretrizes e aos seus requerimentos; por vezes, pode vir simbolizado mediante expressões como “parto normal”, “parto natural”, parto “mais natural” ou ainda “parto vaginal”, termos ou expressões estas que parecem significar o parto anteriormente descrito. Embora não exista uma precisão terminológica e semântica, há, entretanto, a crença de que parir vaginalmente não configura, *per si*, um parto humanizado, posto não ser essa a condição essencial de uma experiência humanizada, nem para a mulher nem para a criança. Para ilustrar o que pretendo explicar, basta pensar que uma mulher pode dar à luz pela vagina e sofrer maus-tratos, abandono, assédio moral ou violência institucional, como sugerem algumas pesquisas realizadas no Sistema Único de Saúde (Perseu Abramo, 2011). Desta feita, parir “por baixo” não implica necessariamente parir humanizadamente. De igual modo, uma mulher que dá a luz com todas as intervenções médicas, desde que tenha assim concordado, pode entender também ter parido humanizadamente.

Se o parto humanizado pode ser expresso mediante essa pluralidade de termos, muitas são também as posições, os locais e as práticas para parir admitidos em seus contornos: partos domiciliares, hospitalares, na água, de cócoras, acompanhados de médicos, enfermeiras, parteiras urbanas e até mesmo partos desassistidos, estes quando o próprio casal coordena o respectivo andamento. Por isso, tentar apreender o parto humanizado, sem considerar sua pluralidade, seria incorrer em erro e reduzir a sua extensão.

Nos grupos de preparo para tal parto<sup>13</sup>, na bibliografia especializada e no discurso dos profissionais da saúde que o adotam, a grande crítica é dirigida às altíssimas taxas de cesáreas realizadas no Brasil (Duarte e Diniz, 2004; Sabatino, 2001; Tornquist, 2004 e Amorim, 2009), número esse que, segundo a Agência Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (2009), gira ao redor de 84% na rede privada e de 31% na rede pública. Essa realidade situa o Brasil como recordista mundial no número de partos abdominais/ano, população que, contemporaneamente, mais realiza a cesárea, mas também a que mais tem tentado reagir a essa situação.

Para além da regra da cesárea, por vezes já denominada de “cultura” e “epidemia”, discute-se igualmente a necessidade e a invasão de determinados procedimentos médicos. Entre os defensores do parto “mais natural”, existe o entendimento de que é preciso romper com o “efeito cascata”, expressão êmica que representa a sequência de procedimentos realizados de rotina, quando uma mulher chega ao hospital: a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos); o enema (lavagem intestinal); a ocitocina (hormônio sintético que acelera as contrações uterinas); a ruptura da bolsa (aminiotomia); a epidural (analgesia) e a episiotomia (corte da musculatura perineal para a passagem do bebê). Circula a idéia de que uma atitude gera a outra – a ocitocina, que aumenta a dor, encaminha, por exemplo, à anestesia, à epidural e, assim, sucessivamente. Critica-se, também, a necessidade do jejum e da posição supina (deitada) para parir, bem como o tratamento desrespeitoso por parte da equipe médica, a escuta ininterrupta dos batimentos cardíacos do feto, a solidão durante o trabalho de parto e a impossibilidade de se caminhar ou de se usar outros métodos para alívio da dor que não a anestesia peridural.

Contudo, parece importante pontuar desde o início destas páginas, que o objetivo dessas propostas de parto humanizado não parece ser negar e demonizar a cesárea; ao contrário, reconhecem a importância da ciência médica e desse procedimento, mas desde que tido como realmente necessário. O ponto de inflexão do discurso do parto humanizado, por essa razão, é muito mais a regra da cesárea desnecessária e o uso abusivo da tecnologia e da

---

<sup>13</sup> [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br),  
[www.partoalternativo.blogspot.com](http://www.partoalternativo.blogspot.com)

[www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br),

[www.rehuna.org.br](http://www.rehuna.org.br)

e

farmacologia. Há o reconhecimento do saber médico e científico, mas uma oposição ao predomínio da tecnologia, à medida que parte-se do pressuposto de que o parto não é um ato médico e somente fisiológico. Parte-se de uma leitura mais ampla, de que o parto, antes de se passar no corpo, é também um acontecimento psíquico, emocional, pessoal, familiar, social e cultural, quando não também sexual e espiritual. Dessa maneira, a naturalidade emblemática do termo não deve ser entendida enquanto pureza, essência ou *a priori*. O “natural” assim como a expressão “humanizado” precisam, por isso, desde já, serem nuançados e percebidos para além do aprisionamento nas palavras e em seus sentidos mais tradicionais. Nesse sentido, o “natural” propalado parece vir muito mais para opor-se ao excesso de cultura e de tecnologia, tidas como desnecessárias e agressivas, enquanto o “humanizado” para caracterizar o nascimento em que os anseios e os requerimentos das mulheres sejam observados no momento do parto.

Se a sociedade civil assim tem-se posicionado, a questão parece ter alarmado também os governos estadual e federal, tendo a questão já adquirido um tom de problema de Estado e de saúde pública. Nos anos 2000, campanhas nacionais foram lançadas pelo MS (Ministério da Saúde) contra a episiotomia (Xô episio) e pelo parto normal. Programas de incentivo aos hospitais, como o programa “Hospital Amigo da Criança” e outros para a queda dos índices de cesárea, trataram de reconhecer e apoiar financeiramente iniciativas recordistas de partos naturais. Recentemente, em 2008, o MS ressaltou os benefícios do parto normal em horário nobre da rede televisiva e comprometeu-se a reduzir a taxa anual para 25% até meados de 2011 (Folha de São Paulo, dez.2008). Paralelamente, a ANVISA conta hoje com um programa de avaliação dos hospitais, também com o objetivo de controlar o número de partos cirúrgicos realizados no Brasil.

Quanto à atual mobilização feminina, ponto em que se centra esta pesquisa, é preciso ressaltar que já existem grupos de gestantes para esse tipo de parto em quase todos os estados brasileiros. Cada vez mais e maiores são os grupos, as listas de discussão, os *blogs*, *sites* e os encontros com parteiras reconhecidas, como Naoli Vinaver (México) e Ina May Gaskin (EUA). Já ocorreram também passeatas, caminhadas e requisições junto ao Ministério Público e ao governo estadual (petição encaminhada ao MP-SP para solução do

número de cesáreas no Estado, Parto do Princípio, set. 2008), existindo, ainda, toda uma mobilização de mulheres pela revalorização das parteiras tradicionais, hoje concentradas mais no Norte e no Nordeste do Brasil, como é o caso da OnG Curumin e da OnG Cais do Parto, em Recife.

Se o atual cenário brasileiro é esse, para algumas antropólogas brasileiras, ter-se-ia inspirado ou seria uma consequência de iniciativas internacionais de quatro ou três décadas atrás. Entre elas, Tania Salem (1987) parece ter sido a primeira a mapear essa conexão e ressonâncias. Em sua leitura, o Brasil teria importado, nos anos de 1980, a ideologia francesa do “parto sem dor”, de Ferdinand Lamaze (1950), de Frederick Leboyer (1960-1970) e, posteriormente, de Michel Odent (1980), assim como alguns aspectos da vertente inglesa feminista, de Sheila Kitzinger (1978) e de Janet Balaskas (1983). Para Salem, esses discursos teriam sido recepcionados, nos anos de 1980, por casais de camadas médias, notadamente atravessadas pela ideologia do ecológico, do movimento hippie e da psicanálise. Depois dela, Tornquist (2004) também teria caracterizado os adeptos e ativistas do parto humanizado, já nos anos 2000, como os filhos do espírito libertário do pós-68, herdeiros e difusores da contracultura.

Quanto à influência internacional, poderia assinalar também a repercussão dos estudos da antropóloga Robbie Davis-Floyd (2004, 2009), que analisou a prática das parteiras mexicanas e a realidade norte-americana de assistência ao nascimento, concebendo uma tipologia dos sistemas de atenção ao parto, operantes na atualidade (modelo tecnocrático-hospitalar, modelo humanizado e modelo holístico). Na mesma esteira, encontra-se também a etnografia de Emily Martin (2006), que, na década de 1980, investigou as representações culturais de corpo e de reprodução nos EUA. Por outro prisma, têm sido importantes também as palestras, documentários e seminários proferidos por Naoli Vinaver e por Ina May Gaskin, tidas como expoentes do movimento em âmbito internacional. Essas autoras, com o médico francês Michel Odent, parecem, hoje, estar muito mais em voga no ideário do parto “mais natural” do que os ditos precursores das décadas anteriores, como o de Lamaze e o de Leboyer. Dessa forma, se antes se debatia e se defendia o “parto sem dor” e o “parto natural”, nos anos 2000, vê-se muito mais a noção de parto humanizado. Diante

disso, não se pode negar a comunicação entre as experiências de três décadas atrás e as contemporâneas, contudo parece ser preciso também desenhar as diferenças e as peculiaridades da atual realidade.

Em termos de mobilização internacional, vale ainda ressaltar a existência da “Rede Latino-americana e do Caribe pela Humanização do Parto e Nascimento”, que, fundada nos anos 2000, procura monitorar a assistência aos partos e os avanços obtidos em cada um dos países da rede quanto à humanização do nascimento.<sup>14</sup>

Diante dessa recuperação de propostas orientadas à humanização do parto nos dias atuais, pode-se concluir que quase todas as iniciativas têm criticado o fato de o Brasil ser o recordista mundial de cesáreas e do parto cirúrgico ter-se tornado o “modo normal de parir” ou o “parto típico” nacional (notas de campo, dez. 2009), apontando para as consequências dessa situação tanto para as mulheres quanto para as crianças. Por isso, resumidamente, no interior desse ideário procura-se:

- Mostrar os riscos à saúde de mães e de bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- Resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;
- Revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas em face do parto e do nascimento;
- Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;

---

<sup>14</sup>RELACAHUPAN é a rede que conecta iniciativas de incentivo ao parto humanizado em toda América Latina. O seu objetivo é colocar em contato propostas de humanização do nascimento, bem como realizar pesquisas sobre a situação da prática obstétrica nesses países e seus avanços. Ela foi fundada em 2000, no Congresso da ReHuNa de Fortaleza, seguindo princípios muito semelhantes aos propugnados por essa mesma associação sem fins lucrativos. Funciona também como difusora de pesquisas na área do parto “mais natural”. Para que se possa ter uma melhor idéia de sua proposta, de seu nível de articulação e do grau de profundidade de suas pesquisas, recomendo o acesso de [www.relacahupan.com](http://www.relacahupan.com). Vale, por fim, ressaltar que o Brasil é um dos países integrantes de sua rede de contatos. Estive na última conferência de humanização do nascimento em Brasília, em 2010, e pude perceber como o trabalho da rede é desenvolvido ao assistir uma conferência que mapeava os avanços e as persistências de práticas médicas em todos os países da América Latina.

- Aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.  
(Carta de Fortaleza, ReHuNA, 2000)

### **Da magnitude da cesárea no Brasil**

... a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (Rehuna, 1993).

Nos últimos 30 anos, verificou-se um aumento da taxa de partos abdominais nos Estados Unidos, Canadá e Porto Rico, mas o maior aumento ter-se-ia dado no Brasil. Segundo fontes nacionais, as maiores taxas de cesáreas estariam em São Paulo (52%) e na Região Centro-Oeste (49%) e as menores, no Nordeste (25%) e no Norte (20%). Estariam presentes mais nas regiões urbanas (41,8%) do que nas regiões rurais (20,1%), vindo associadas ao maior grau de instrução das mulheres, presença de parteiras tradicionais e dificuldades de locomoção aos grandes centros urbanos (BEMFAM, 1997). Entre os principais fatores para o alto índice de cesáreas em nosso país estariam a conveniência e a segurança do profissional de saúde; os fatores institucionais ligados ao pagamento da cesárea e a exclusão do uso da anestesia na rede SUS; a esterilização cirúrgica durante as cesáreas eletivas ou ligamento de trompas; o medo do parto normal, das lesões perineais e da dor do parto, bem como a crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que o abdominal (BEMFAM, 1997; DINIZ, 2004; Parto do Princípio e Folha de São Paulo, 2008).

Segundo Rattner (1999), médica integrante da ReHuNA, hoje existiriam à disposição dois grandes paradigmas de parto e de nascimento: o americano e o europeu. Em que pese sua

interpretação agregar um tom genérico, acaba sendo útil para que se possa ter uma idéia do que se passa mundialmente. Em sua leitura, enquanto no primeiro registro predomina a cesárea como o melhor e o mais frequente modo de nascer, no segundo perdurariam as propostas mais naturais, casos como a da Holanda, da França e da Inglaterra. No modelo europeu, persiste a assistência das parteiras e das enfermeiras obstetrias, razão pela qual os médicos, em países como França e Holanda, participam somente de partos difíceis ou cirúrgicos; caso isso não aconteça, tanto o pré-natal quanto o trabalho de parto é acompanhado por enfermeiras. No Brasil, entretanto, prevalece o parto como ato médico e não como cenário de enfermeiras obstétricas. Esse modelo, o americano, segundo Maria do Carmo Leal, em recente comunicação oral (FCM, Unicamp, ago. 2011), é continental; inicia-se nos Estados Unidos, na década de 1940, e se estende a todos os países da América, com exceção de Cuba. Essa questão parece ser hoje tão perturbadora, que a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ, interessada em identificar as razões para tantas cesáreas e preocupada com as consequências dessa realidade para a saúde materno-infantil, instituiu recentemente a pesquisa, “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (2011), com o objetivo de mapear 24000 brasileiras, no que diz respeito ao seu modelo de parto, atenção oferecida e consequências no pós-parto, partindo dos seguintes pressupostos:

No Brasil são cerca de três milhões de nascimentos por ano, 46,6% via cesárea. Em 2007, no Sistema Público a taxa de cesárea foi de 35%, enquanto na Saúde Suplementar foi de 80% (taxas estimadas a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc e Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS). Quanto maior a população inserida no sistema de saúde suplementar, maior é a taxa de cesariana. Muitos são os fatores que influenciam essas taxas no Brasil: a localização geográfica de residência da mãe, as condições socioeconômicas da clientela, as fontes de financiamento dos serviços de saúde e o modelo vigente de atenção médica. Segundo dados do Sinasc/MS, entre 1994 e 2007, a taxa de cesarianas aumentou em 44,0% no país.

Estudos avaliando os riscos maternos associados à cesariana têm apontado uma maior prevalência de febre no puerpério, maior risco de ruptura uterina, hemorragia pós-parto, remoção manual de placenta, infecção e admissão em UTI após uma primeira gestação que tenha terminado com uma cesariana.

Outra preocupação tem sido o aumento da prematuridade no país. Evidências recentes sugerem que o aumento da taxa de nascimentos pré-termo e de baixo peso ao nascer, no Brasil, teve como uma de suas causas o aumento da taxa de cesáreas e de indução do parto.

Assim, justifica-se a realização de um estudo de abrangência nacional para conhecer os motivos que levam as gestantes a se submeterem ao parto cesariano, a real magnitude da prematuridade no país, com destaque para a prematuridade tardia, bem como, descrever as consequências imediatas e tardias do tipo de parto sobre a saúde da puérpera e do recém-nascido.

Segundo aqueles que tentam explicar esse fenômeno, por meio da cesárea o profissional ganha mais e fica menos tempo à disposição da parturiente, primeiro, porque se paga mais por esse tipo de intervenção, e, segundo, porque o tempo de dedicação é menor, o que permite que o médico realize um número maior de procedimentos, impensados no caso de um parto natural, em que se pode ter de esperar muito tempo. Haveria também o temor de processos judiciais por erro médico, circulando a idéia de que o médico corre mais riscos de ser processado por um parto natural do que por uma cesariana, que é percebida como a realização de todo o possível e necessário procedimento tecnológico e profissional. Outra explicação é, ainda, a de que os médicos estariam condicionados a pensar no parto como cirurgia, sendo esse o resultado da prática do ensino médico no Brasil, ou então, a perspectiva de que a realização de uma cesárea pede por outra cesárea, exposta em expressões como “uma vez cesárea sempre cesárea”, dado o risco de ruptura uterina (Diniz, 2004; Folha de São Paulo, 2008; Rattner, 2009; Rede Feminista de Saúde, 2002; notas de campo, 2008-2010).

Por ter sido transmitida, pelos manuais de obstetrícia e pelas faculdades de medicina, como procedimento seguro, indolor, rápido e mais moderno, a cesariana aparece, em muitas ocasiões, como a primeira opção na escolha de médicos e das mulheres por eles atendidas. Fato é que a cesárea tornou-se rotina e padrão de atendimento, tanto que as estatísticas e pesquisas mais recentes não se deixam negar. Entretanto, o que quero mostrar é a existência de uma confluência de fatores, em nossa leitura, tanto de ordem econômica quanto profissional, resultantes da construção de um imaginário social de parto e de segurança.

Entretanto, em que pese quase 89% dos médicos paulistas insistirem em afirmar que são as parturientes e gestantes que pedem pela cesárea por medo da dor ou por medo da lesão vaginal (Núcleo de Estudos da População, 1996), entre as mulheres, se de fato existe uma parcela que pede por esse procedimento, uma outra, bastante significativa, tem atribuído aos médicos a realização de suas cesáreas. E o curioso é que, no Brasil atual, são justamente as mais instruídas que têm preferido o parto cirúrgico, na casa de quase 73%, contrapostas a 35% das menos escolarizadas ou informadas, que preferiram o parto natural (Cecatti e cols., 1998).

Esses números, pesquisas e escritos têm gerado a interpretação de que o Brasil estaria experimentando uma “epidemia” ou uma “cultura de cesarianas”, quando a OMS, há mais de 25 anos, tem recomendado que somente 15% dos partos por ano se dêem mediante o corte abdominal. Diante disso, no limite, poder-se-ia perguntar pelo processo histórico que culminou nessa situação, qual seja o da “institucionalização” do parto cesárea. Por isso, para pensar sobre essa questão, recuperarei sucintamente algumas leituras teóricas que tangenciam o tema da hospitalização do parto e do surgimento da cesárea.

### **Da casa para o hospital**

É de conhecimento público que, na Europa antiga e medieval, os partos aconteciam em casa e eram assistidos por parteiras dotadas de saberes tradicionais (Brenes, 1993; Diniz, 1996; Davis-Floyd, 2009; Del Priore, 2003; Martins, 2008 e Rodrigáñez, 2008) e que somente com o advento da modernidade ocorreu uma gradativa migração do parto para o hospital e

para as mãos médicas. No Brasil, os partos continuaram majoritariamente acompanhados por aparadeiras e comadres - em geral, mulheres mulatas ou portuguesas que pertenciam aos setores populares - até meados do século 19 (Brenes, 1991), tendo migrado para os hospitais, de maneira mais expressiva, com a exceção de seus rincões mais tradicionais, somente nos idos da década de 1950 (Mott, 2004). Esses processos, entretanto, não se deram sem resistências da parte das gestantes e das parteiras e também ocorreram com vagar e de acordo com as particularidades de cada região do país (Diniz, 1996, Del Priore, 1993 e Martins, 2008). Procurarei aqui recuperar essa mudança de paradigmas, ainda que esse não seja o objeto desta tese, a fim de mapear alguns dos discursos que podem ter contribuído para a edificação do que hoje se assiste em nossos hospitais.

No Brasil da casa grande e da senzala, predominava uma espécie de saber-curar religioso e praticado por mulheres que recorriam aos seus quintais e suas hortas, misturando técnicas indígenas, africanas e portuguesas, para encontrar o remédio dos males do corpo. Existiam também locais milagrosos e entidades de devoção para a cura, por isso, os partos difíceis, por exemplo, eram postos nas mãos de Santa Margarida ou nas de Nossa Senhora do Bom Parto (Del Priore, 1997:88). Predominava uma cura empirista, religiosa, oral e de memória gestual, que, inevitavelmente, reverberava também na assistência ao nascimento. Além disso, o parto era também apreendido como momento de redenção dos pecados, no qual se deveria sofrer para trazer à luz o fruto (Del Priore, 1993:285) e se purificar dos maus atos. Por essa razão, as parteiras, mulheres mais velhas e tidas como sábias, recitavam palavras mágicas e receitavam infusões transmitidas de geração a geração, para o bom caminhar do trabalho de parto, como bem sugerem os trechos a seguir:

São Gonçalo tem rasgado sola dura de sapato somente por visitar  
mulheres que estão de parto. O sol atravessô na vidraça, sem tocá,  
nem batê nela, assim a Virgem Maria pariu e ficou donzela.  
(Quadras populares no Nordeste do Brasil, DEL PRIORE,  
1993:254)

A mulher que com dores de parto tiver a desgraça de estar cercada por três ou quatro parteiras deve necessariamente suportar mil diversas posições, a tomar toda a espécie de beberagens e a fazer movimentos, contrações e esforços mal calculados; há de mais a mais sujeitar-se a beijar as fingidas relíquias e os sujios cordões deste ou daquele santo; é obrigada a rezar ao santo de seu nome e a pôr no peito e ao pescoço rosários donde podem lhe provir sarnas ou ainda qualquer moléstia; enfim, é vítima de quantos prejuízos e superstições há, e tudo se sujeita sem a menor oposição. (Tratado doméstico sobre as enfermidades dos negros, apud DEL PRIORE, 1993:278).

Esse cenário de assistência leiga à saúde começa a se transformar somente quando a corte se muda para o Rio de Janeiro e a metrópole passa a ter um novo interesse pelas cidades brasileiras, pois, até então, os médicos europeus não apresentavam inclinação para aqui residirem e clinicarem (Rodhen, 2001:53), o que contribuía para que as parteiras continuassem como as mais aptas para assistir às parturientes. Segundo Jurandir Freire Costa (1979), é com a descoberta do ouro, expansão das cidades e enriquecimento da sociedade, que Portugal, percebendo ter negligenciado em sua política de povoamento e urbanização, inicia o processo de modernização da cidade do Rio de Janeiro, que, depois, se tornou exemplo para as demais cidades brasileiras. Nessa época, igreja, governadores e senhores de terra disputavam a autoridade, não havia unidade governamental e as leis pareciam ser insuficientes para dar conta dos conflitos sociais; por isso, em busca de um mecanismo de sujeição e controle populacional, a medicina higiênica, já em vigência na Europa, pouco a pouco desponta como tática de governabilidade em um ambiente que, por ser já bastante tenso, não comportava a repressão.

Dessa forma, perante surtos epidêmicos e altos índices de mortalidade, ou seja, de uma saúde pouco preventiva e de ação mais negativa (Rodhen, 2001: 53), idéias de salubridade e de saneamento ganham espaço, e a palavra médica, enquanto braço estatal, passa a atuar como prática normalizadora e reguladora das famílias e do corpo social em geral. Na leitura de Costa, ter-se-ia instalado então aqui o poder da norma, bastante diferente da lei, que se

impõe mediante aparatos coercitivos e punitivos, quando se tem em mente que a norma conta com uma tecnologia de sujeição e um conjunto de saberes próprios, procurando muito mais produzir do que reprimir comportamentos (Costa, 1979:50).

De certa maneira, nascia uma nova moral de corpo e de vida, uma transformação de imaginário social que já tinha ocorrido na Europa do século 18, segundo a qual esse novo corpo deveria ser amado e cuidado em nome da reurbanização e da nacionalização. Os médicos, pouco a pouco, tornaram-se os confessores das famílias, mas principalmente das mulheres que, a partir de então, se tornaram senhoras urbanas e de sobrados, às quais cabia o cuidado e a boa educação de seus filhos. Por essa razão, com esse processo de transformação social, surge a noção de mãe higiênica, anunciada no texto de Rousseau (1762), ou então da “mãe por natureza”, equiparada aos animais e às mulheres “primitivas” que agiam mediante o instinto materno. Essa figura de mãe torna-se central nos recentes manuais de puericultura e de recomendações para uma vida matrimonial saudável da época. Procurava-se controlar os vícios, as paixões e os excessos a fim de se ordenar as cidades e, para isso, vigoravam acepções como a de temperança, continência e de moderação dos costumes. De certa maneira, a noção de saúde tornava-se uma questão política, dando contornos a outro modelo de sociedade. Para isso, entre 1813 e 1815, foi criada a Provedoria da Saúde e a Escola de Anatomia e Cirurgia na Bahia. Em 1829, criou-se a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e, por fim, em 1832, as primeiras faculdades de medicina do país, a do Rio de Janeiro e a da Bahia (Rodhen, 2001:54). Sendo assim, em uma sociedade de cura leiga passa a operar uma medicina científica, que era também social e política. Contudo, como já se era de esperar, com a população habituada a um determinado conjunto de práticas, houve muita resistência à penetração da medicina erudita, algo com significativa expressividade, a ponto de gerar na categoria médica a demanda do combate às outras práticas de cura, que passaram, então, a ser apreendidas como obscurantismo e charlatanismo, disputa essa da qual também não escaparam as parteiras e suas maneiras de assistir os partos (Rodhen, 2001:55).

De acordo com Martins (2004), não somente os médicos, mas também a Igreja e as autoridades civis passaram, por causa disso, a acusar as parteiras de imperícia e das altas

taxas de mortalidade materno-infantil. De um lado, os clérigos preocupavam-se com o poder espiritual que essas mulheres comportavam ao rezarem, benzerem e sugerirem condutas espirituais. Elas funcionavam como uma ameaça ao poder moral da igreja, por isso foram acusadas de magia e de bruxaria, práticas não aceitas pela doutrina cristã. De outra parte, para as autoridades civis, preocupadas com a mortalidade, era interessante negar a prática dessas mulheres para que a sociedade se orientasse com os médicos, visando a uma suposta garantia da saúde e da vida mais ordenada. Desse modo, pode-se pensar que a condenação das parteiras ao ostracismo interessava não somente aos médicos, mas também aos que tinham-se dedicado ao processo de modernização das cidades e ao clérigo mais tradicional.

Dizia-se que as parteiras, além de bruxas e charlatãs, desconheciam o manejo de aparatos, como o bisturi e o fórceps, que poderiam salvar vidas e encaminhar um parto difícil. Shorter (1984), ao tratar deste embate ideológico na Europa, menciona que muitas das parteiras foram acusadas de falta de higiene e de contaminação das mulheres assistidas, pelo fato de romperem a bolsa uterina com a unha e as mãos sujas, causando a morte ou a disseminação da febre puerperal. Para os nossos propósitos, interessante é notar que esse conjunto de reações à arte de partejar teria contribuído para que os partos passassem para os hospitais e para que tal prática passasse, depois, a ser controlada e codificada por meio das Escolas de Parteiras (Martins, 2004:75-76). De um modo ou de outro, esse teria sido o momento em que a assistência ao parto teria passado de

... ofício a profissão, de *affaire de femmes* para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para as 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. (TORNQUIST, 2004:98)

Essas mudanças, no entanto, ainda que indicassem a modernização do Brasil, não aconteceram sem a resistência social. Segundo Diniz (1996), com a criação das faculdades de medicina e da primeira maternidade no interior da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, perduraram as “enfermarias vazias”, porque as mulheres temiam a febre puerperal, por elas situada nos hospitais; tinham vergonha da exposição do corpo nu no momento do parto; tinham receio quanto aos médicos ainda inexperientes e o medo do risco de morte. Desse modo, ainda que a palavra médica perpassasse a sociedade e conquistasse adeptos, um grupo considerável de mulheres seguia dando à luz em casa, amparadas por outras mulheres, ou recorria aos médicos, mas, ainda assim, também orientadas pela prática leiga das parteiras, dando ensejo, com isso, a um híbrido de medicina erudita e de saber curar.

Se a medicina evoluía contra o que considerava arcaísmos, ela não conseguiu, entretanto, desfazê-los. Presa à crença de que o corpo feminino era um espaço de disputa entre Deus e o Diabo, a ciência médica ratificava o pensamento mágico sobre os poderes do corpo da mulher. Assim, mesmo sem o querer, a medicina proporcionou, paralelamente ao seu desenvolvimento, um território de resistência para o saber-fazer feminino em relação à própria anatomia da mulher. (DEL PRIORE, 1997:113)

No que tange à continuidade da presença das parteiras nas cenas de parto, parece importante também mencionar que muitas delas, principalmente as europeias recém-chegadas ao Brasil, contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos dos médicos e para a conquista da confiança das gestantes, porque nos hospitais transmitiam seus saberes aos recém-doutores e funcionavam como atrativo para que as mulheres procurassem o âmbito institucional (Rodhen, 2001:45-47).

Considerando essas leituras e tantas outras acerca da temática, pode-se dizer que uma gama de práticas discursivas contribuiu para que o parto passasse a ser um acontecimento hospitalar e médico. Entre as principais matrizes discursivas estariam a da modernização do país, a da medicina científica e racional (Costa, 1979), a da dor e do perigo para parir, a do

temor da ruptura da musculatura perineal e a das distócias (Diniz, 1996), a da mulher-mãe-dona-de-casa (Rago, 1997), a do mito ao amor materno (Badinter, 1986), a da criança como riqueza nacional (Àries, 1973) e a do parto como estado de vulnerabilidade feminina (Rodhen, 2001). De outra parte, o desenvolvimento do bisturi, das pinças, das tesouras, do fórceps, dos antibióticos e da analgesia também teria auxiliado na consolidação da perspectiva de que as mulheres estariam mais amparadas nas instituições e sob conhecimento técnico e especializado.

No que tange à aposta na cesárea, o que pude depreender de uma breve revisão bibliográfica é que se, até então, essa cirurgia possuía um cunho religioso e era destinada aos partos difíceis, para batizar a criança morta no útero materno ou para resguardar sua vida em detrimento da de sua mãe, com a ida progressiva das mulheres para os hospitais e com a necessidade de prática por parte dos médicos, passou-se a realizá-la com mais frequência (Brenes, 2005). Depois disso, com o crescimento da confiança social na medicina e com sua constante instrumentalização, passo a passo, parece ter sido considerada o método mais rápido, indolor e mais seguro para se dar à luz, tanto na acepção dos médicos, quanto das mulheres brasileiras. Com essas mudanças, parece ser preciso ainda dizer que também se deu a alteração da posição para parir, porque, nesse período, assistiu-se também a passagem do parto na vertical para o parto em posição supina, tanto para a maior visibilidade médica quanto para uma suposta mais rápida atuação, caso isso fosse necessário (Sabatino, 2001).

Para Diniz (1996), todo esse conjunto de mudanças poderia ser entendido como um processo de “secularização do parto”, ou seja, da saída de um paradigma de parto religioso para o do parto moderno, hospitalar e cirúrgico. Em meu entender, por outro lado, os escritos de Foucault (2002) quanto ao nascimento da biopolítica podem também apresentar uma outra leitura de tal processo, à medida que, de modo mais geral, o que parecia se querer exercer era o controle estatal sobre a vida, no sentido do que o filósofo denominou de “estatização do biológico”.

É certo que Foucault pensou sobre a Europa, mas parece-me interessante problematizar a realidade brasileira à luz de seus escritos, devido à similaridade dos processos de transformação social no que diz respeito à mudança de perspectiva de parto. Segundo o filósofo, no século 19, o hospital passou a ser percebido de outro modo, não mais o “morredouro” ou o asilo para os anormais e abjetos. Se antes funcionava como abrigo, orfanato e espaço da doença, teria passado a operar a partir da lógica da cura como normalização, gerando uma

... administração dos corpos, até então inédita, através de uma nova gestão calculada da vida referida às populações que passa a incluir estudos estatísticos, demografia, taxas diferenciadas de mortalidade, registros de nascimento e de doenças, conhecimento da distribuição, concentração e controle das epidemias, que vão constituir um biopoder, ancorado tanto numa anatomo-política do corpo quanto numa biopolítica de controle populacional. Trata-se, em resumo, de uma nova gestão da vida, onde esta passa a ingressar como elemento privilegiado no registro da política, tendo como alvo os indivíduos quanto às populações. (FOUCAULT, 1993:190)

Essa vigilância dos corpos e da saúde, pela medicina e nos hospitais, teria brotado com a tentativa de se controlar não somente mais o corpo individual, mas “o corpo de muitas cabeças”, o corpo da população. Segundo Foucault, com o surgimento do estado-nação e do capitalismo, era preciso cuidar da demografia, tornar a população saudável e numerosa, criando “corpos dóceis”, tanto para maiores conquistas territoriais quanto para a produção econômica. Esse teria sido o ponto central de uma transmutação na teoria da soberania, que antes concedia ao soberano o direito de “fazer morrer e deixar viver”, passando a operar com a premissa de “deixar morrer e fazer viver”.

Dessa forma, com o interesse dos Estados sobre os corpos e sobre a população, passa a se pensar em controlar a vida, a normatizar o biológico e em prolongar a existência, evitando a morte. Se o “biopoder”, enquanto disciplina, já tinha-se instalado e sido produzido pelas

instituições, como a prisão, a fábrica e a escola, a “biopolítica” surge para atuar conjuntamente, porém em um nível macro, com o corpo de muitas cabeças. Para tanto, a doença, tida como uma fatalidade ou como o irremediável, passa a ser resistida e evitada, enquanto a saúde, de outra parte, desponta como algo a ser controlado e produzido. Doença torna-se, portanto, a exceção, enquanto a saúde vem como regra a ser diariamente edificada. Com essa intenção, a medicina adquire espaço e os hospitais transformam-se em centros de cura e também de produção da normalidade.

Dessa maneira, pode-se inferir que os nascimentos e, por consequência, os partos também se tornaram objeto de vigilância estatal, já que diretamente conectados com o reforço e com o cuidado da população. Sobre essa correlação, o próprio Foucault teria dado sinais, ao dizer que os nascimentos e a reprodução ter-se-iam tornado focos de atenção da biopolítica (2002:290). De acordo com suas linhas, a sexualidade poderia ser lida como um dos grandes pontos de encontro entre o biopoder e a biopolítica, à medida que, *per si*, soma o corpo individual e o corpo da população.

Com base nessas considerações, assiste-se, então, no século 19, ao começo da coexistência de uma sociedade disciplinar e de uma sociedade da normalização; o biológico teria sido estatizado e regulamentado e a vida ter-se-ia tornado alvo de atenção vigilante. Para isso, a medicina enquanto discurso de saber-poder e os hospitais como lócus de seu exercício teriam adquirido outra conotação, assim como a noção de risco, de saúde e de morte. Sendo assim, considerando essa perspectiva, não parece ser difícil entender por que os partos, pouco a pouco, migraram para os hospitais, acompanhados de todo um discurso de que ali se pariria melhor, com mais segurança e eficiência.

George Rosen (1994), de outra parte, comenta como, nessa fase, os médicos voltaram-se para os problemas da saúde pública, criando programas de formação e de supervisão de parteiras, assim como participaram da construção de hospitais. Recupera também a preocupação médica com um conjunto de normativas sobre o bem-viver das pessoas, incluindo os hábitos alimentares, o lazer, a higiene pessoal, do ambiente de trabalho, da moradia e da vida sexual, um grupo de recomendações a princípio esparsas e que depois

teriam culminado no discurso higienista do século 19. Conforme o historiador, na mesma corrente de Foucault, esse teria sido o período histórico em que os hospitais teriam deixado de ser dispensários, locais de abrigo de desviantes e dos sem destino social, para serem organizados e destinados à normalização social (1994:126-131).

Se essa pode ser uma entrada teórica para a compreensão da mudança de paradigmas de assistência ao parto, há de se considerar também que, nesse período, acontecia uma mudança de mentalidades, partia-se de uma sociedade pautada em hierarquias e em uma economia feudal para uma sociedade moderna, supostamente igualitária e capitalista. Por esse motivo, não somente o hospital teria adquirido outra roupagem, mas também o corpo e a função social da mulher, que a ginecologia e a obstetrícia, (Rodhen, 2001), bem como a teoria do “dimorfismo sexual”<sup>15</sup> (Laqueur, 2001), caracterizou como mãe (Badinter, 1986) e portadora de uma fisiologia patológica. Por isso, quando se pensa sobre a passagem do parto religioso para o parto científico, tanto na Europa quanto no Brasil, há de se considerar a existência de uma trama de saberes e de poderes bem mais ampla e difusa do que a questão do nascimento *per si*. Por outro lado, nesse mesmo contexto, encontram-se pistas de como e por que a cesárea passou a ser realizada com mais frequência, ainda que tenha-se tornado regra somente décadas depois (Diniz, 1996).

### **Perspectivas femininas do modelo tecnocrático**

Esta pesquisa, entretanto, tem por ponto de partida a atualidade e as práticas de mulheres que destoam do modelo dominante de parturição. Dedicar-se às mulheres que não coordenam grupos de preparo para o parto humanizado, não são doulas e médicas. Está centrada especificamente nas gestantes, nas parturientes e nas mulheres “já paridas” que

---

<sup>15</sup>Por dimorfismo sexual Laquer (2001:52) entendeu a idéia de dois sexos que se diferem por natureza ou constitutivamente: o masculino e o feminino. Essa percepção teria surgido na modernidade e na contracorrente do isomorfismo sexual, que, até então, pensava o corpo da mulher como um corpo masculino, com pênis e testículos, porém internos e invertidos, nos moldes ditados desde o mundo antigo com Galeno. Segundo Laqueur, essa teoria teria despontado como modo de legitimação das diferenças em uma sociedade que se dizia igualitária, tendo sido fundamental para a separação de mundo público e mundo privado, respectivamente, produção e reprodução.

procuram ou já compuseram grupos de apoio para quem quer um parto “mais natural”, ou seja, nas que querem tê-lo ou já o experimentaram. Por isso, neste tópico, quero deter-me a esse registro de fala.

Fui chorando para o matadouro. Chegando lá, depois de toda aquela burocracia, me deram um sabonete e indicaram um chuveiro, tentei argumentar que tinha acabado de tomar banho em casa, mas foi em vão, eu devia mesmo estar muito "suja". Após o banho me alcançaram uma camisola, daquelas que para não ficar com a bunda de fora a gente tem que segurar o tempo todo, raspam os meus pêlos. A médica finalmente chegou. Perguntei quando o (...) viria ficar comigo, coisa que havíamos combinado previamente, ela me disse que eu teria que falar com o anestesista, me deu um misto de raiva e desespero, estava frágil e comecei a chorar outra vez, já estava na sala de cirurgia quando chegou o anestesista, falei com ele que, depois de me ignorar por alguns minutos "resolveu" fazer a "gentileza" de "permitir" a entrada do meu marido. Foi um imenso alívio ver o rosto do (...), meus braços foram presos, crucificada, fui anestesiada, peridural, pedi para baixarem o pano, pois queria ver meu bebê saindo da barriga, mas negaram.<sup>16</sup>

... fui internada e me fizeram a tricotomia, eu estava morrendo de medo que aquela enfermeira me machucasse (minha região genital) com aquela lâmina de barbear. Depois me fizeram uma lavagem intestinal, que situação! (...) fui encaminhada à sala de pré-parto, me colocaram um soro com ocitocina e meu médico me deixou de jejum. As contrações, que eram espontâneas antes de chegar ao hospital, lá desapareceram; e nem a ocitocina conseguia estimulá-las novamente. Meu médico me falou que estava tudo bem comigo e com o bebê, mas que ele não nasceria de parto normal. Comecei a chorar absolutamente decepcionada comigo mesma no caminho da

---

<sup>16</sup>Depoimento de parto coletado do [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br), acessado em 19 de outubro de 2010.

sala de cesárea. Eu tinha a impressão de que estava indo para o matadouro. Enfim, me anestesiaram e, quando deitei, me pediram para apoiar os braços naquelas braçadeiras e amarraram meus braços. Além disso, para a anestesia pegar direito, o anestesista inclinou a mesa de modo que minha cabeça ficou mais baixa que os meus pés. Puxa! Eu estava crucificada de cabeça para baixo.<sup>17</sup>

Relatos como esses podem ser facilmente encontrados na internet e em grupos de gestantes, sugerindo como algumas delas têm percebido a rotina médica e assistência ao parto no Brasil de hoje. Se metafóricos ou mais diretos, breves ou prolixos, representam sentimentos e interpretações de um grupo de mulheres que acredita ter experimentado agressão, medo e solidão nos hospitais e consultórios médicos.

De acordo com outra pesquisa também muito recente, da Fundação Perseu Abramo (2010)<sup>18</sup>, uma em cada quatro mulheres brasileiras relatou violência no parto. Esse tipo de queixa, segundo a investigação, é mais frequente nos hospitais públicos, mas também ocorre nos hospitais privados; as agressões oscilam desde xingamentos até exames dolorosos ou na recusa da realização de determinados procedimentos para alívio das dores do parto. Vale ressaltar que se trata de uma pesquisa pioneira e de extensão nacional, por meio da qual 25 estados e 176 municípios foram investigados e, conforme os resultados, quanto mais escura, mais jovem e mais pobre, maiores são as possibilidades de maus-tratos. Em torno de 27% dos casos, as agressões teriam acontecido no SUS e 17% na rede privada de saúde; além disso, teriam ocorrido mais em centros urbanos, sendo menos frequentes em regiões mais isoladas e rurais do país.

É certo que essa não é a regra e que muitas mulheres parecem sentir-se satisfeitas com suas experiências de parto, seja uma cesárea ou um parto com todas as práticas médicas de rotina. Contudo, para o conjunto daquelas que optaram ou têm optado por outros modos de parir, relatos como os anteriores ou dados como os recentemente mencionados fazem

---

<sup>17</sup> Relato de parto publicado no site [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br), acessado no dia 25 de outubro de 2007.

<sup>18</sup> Folha de São Paulo, 24.02.2011

sentido. Entre essas, pude encontrar mulheres com uma cesárea prévia e que tiveram um “parto Frank”<sup>19</sup>, mas também “mães de primeira viagem” que mesmo sem ter vivido um parto anterior, decidiram ter um “mais natural” por uma gama de razões, estas a serem trabalhadas no segundo capítulo desta tese. Esses relatos e narrativas, encontrados na *blogosfera*, contam com notável riqueza de detalhes; em suas linhas, são descritas e recuperadas não somente as emoções da mulher que escreve, mas também o interior físico e a equipe dos hospitais. Gerusa é mais uma dessas mulheres, mas optou por transformar seu parto em um conto bastante triste, ao qual, nada coincidentemente, deu o título de *Dor*:

“Quando chega a hora daquele que em meu ventre, maduro se encontra, nos deparamos com inúmeros obstáculos que juntos iremos passar.

Já não basta a dor da separação, depois de nove meses junto, compartilhando o que em nós existe.

Passamos por privações, faturas, alegrias e tristezas. Compartilhei o que de melhor existia em mim, para que a vida fosse reproduzida.

Chego ao local que me aguarda e, assustada estou por ser um mundo fechado e inacessível.

Entrego os meus pertences, me deixam nua. Visto uma camisola "comum" e perco a identidade.

Separam-me dos que me dão segurança. Sou chamada por um número de leito, um procedimento ou simplesmente "mãezinha", quando carrego no ventre alguém que não verá a luz do mundo. Entro num processo de solidão e muda, apenas me conduzem.

---

<sup>19</sup>Parto Frank, no entender das mulheres entrevistadas e etnografadas, é aquele em que foram realizadas todas as intervenções médicas de rotina (notas de campo, 2008-2010).

Toquem menos onde me dói tanto. Segurem minha mão que estendida encontra o vazio de mãos que não me atendem.

Matem minha sede de água e atenção.  
Enxugem minhas lágrimas de dor e solidão.

Falem do meu filho e de como estamos. Não me deixem só, pois estou com medo.

Se é o meu primeiro, acham que sou jovem o suficiente para tê-lo. Quando mãe de muitos filhos, chamam-me de fraca e questionam "por que teve tantos?"

Nunca me comporto bem. Sinto-me impotente com tantas exigências.

Se meu filho custa a nascer na sala, sou a responsável por não ter mais forças. Sinto-me cansada, impotente e responsável naquilo que não der certo.

Tenho os filhos que amei e desejei, como também tenho os que não planejei. Sou traída por aquele com quem divido o leito e não respeita os limites da natureza.

Quero ser livre para ter meu filho, pois sei que sou capaz de tê-lo. Soltem as algemas que me prendem ao leito, para que eu possa soltar o corpo que ativamente se cobre de luz para dar a luz.

Quero ser apenas amada e respeitada. Que seja tirado dos meus ombros o peso do Edem, quando, no entardecer dividi com meu companheiro o suor do rosto e a dor do parto”

(*Dor*, Gerusa Amaral de Medeiros)<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup>Conto disponível na página [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br), acessada em 1 de agosto de 2011.

Para Robbie Davis-Floyd (2004), essas histórias mulheres poderiam ser interpretadas como uma caricatura do que denominou de “modelo tecnocrático-hospitalar” de atenção ao parto. Um sistema médico orientado pela separação entre mente e corpo, que enxerga no corpo uma máquina e no qual descrição como a que segue apareceria com frequência.

Tan pronto como me conectaran al monitor, todo el mundo no hizo sino mirarlo. Las enfermeras ni siquiera me volvieron a mirar cuando entraron en la habitación; fueran directas hacia el monitor. Tuve la extrañísima sensación de que era la máquina quien estaba pariendo, no yo. (DAVIS-FLOYD, 2009:71)

De acordo com a antropóloga, no interior desse sistema, o diagnóstico é dado de fora para dentro; os profissionais sentem-se liberados da responsabilidade perante o paciente enquanto sujeito mental e espiritual e vigora uma hierarquia e padronização dos cuidados, segundo as quais o profissional é tido como superior e detentor do curso dos acontecimentos. Haveria também uma valorização excessiva da ciência e da tecnologia, persistindo a idéia de evolução pela tecnologia e de progresso pelo desenvolvimento de máquinas cada vez mais sofisticadas, motivos pelos quais os instrumentos tecnológicos, no entender de Davis-Floyd (2004), teriam adquirido, na contemporaneidade, um valor simbólico além do uso e da cura. Diante disso, tem ênfase nos resultados em curto prazo e entende a morte como um fracasso, como se a tecnologia pudesse reverter o curso da natureza humana e postergar o seu fim, sendo, por isso, também um modelo intolerante para com outras modalidades de medicina, tidas como alternativas ou mais suaves<sup>21</sup>.

Para essa autora, em razão disso poderia ser compreendido como consequência e semelhança da sociedade ocidental globalizada - orientada pela ciência, pela tecnologia, lucro econômico e instituições controladoras do corpo feminino. Por isso, assim como Diniz (1996), acredita que na medicina, como na sociedade, a tecnologia prepondera, contribuindo para que as técnicas e os procedimentos médicos sigam em vigor não por questões médicas propriamente ditas, mas muito mais em razão de aspectos culturais que

---

<sup>21</sup>Escrito datado de 2004 e publicado no site [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br), acessado em agosto de 2007.

transcendem a própria prática médica. Partindo dessas colocações, em seus escritos mais recentes, Davis-Floyd (2009) cogita a hipótese de que o parto hospitalar deveria ser tematizado como um ritual, cujo objetivo seria o de reafirmação do *status quo* e de um determinado imaginário social de tecnologia, de corpo e de saúde. Para tanto, retoma os escritos de Arnold Van Gennep (1909) e de Victor Turner (1974), tomando de saída a noção de que o ritual é uma representação imitada, repetitiva e simbólica de uma crença ou de um valor cultural que tem por objetivo alinhar o indivíduo à sociedade.

Uma vez que o ritual é simbólico, que opera mediante o envio de mensagens e de símbolos e que sua apreensão é muito mais corporal e emocional do que racional, considera-se a cadeira de rodas oferecida à parturiente quando chega ao hospital como o símbolo de que ela se encontra incapacitada; a cama em que lhe pedem para deitar como a mensagem de que está doente e a ocitocina intravenosa como um cordão umbilical que conecta a mulher ao hospital, sinalizando sua dependência das instituições. Em função disso, cogita-se a possibilidade da mensagem maior ser a de que não é a mulher quem dá a luz, mas o poder patriarcal estatal. De outro lado, as máquinas e a tecnologia reforçariam a noção de que o corpo feminino é potencialmente defeituoso, o avental e a etiqueta despessoalizariam as mulheres; a raspagem dos pelos pubianos a infantilizariam com o intuito de transmitir a idéia de que elas não têm a capacidade de decidir o que seria o melhor, enquanto o exame de toque rotineiro indicaria o não pertencimento de seu próprio corpo (DAVIS-FLOYD, 2009:55-84). Esse conjunto de símbolos e de mensagens, em sua apreensão, atravessaria também os próprios médicos e demais profissionais de saúde envolvidos no modelo tecnocrático-hospitalar, naturalizando esse modo de atenção, que, por isso, relatariam a experiência da seguinte maneira:

Las rasuramos, las preparamos, les enchufamos el goteo y las sedamos. Hacemos que nazca el bebé, lo llevamos a la sala de recién nacidos y a la madre a la habitación. No hay tiempo para ser detallistas. Vamos directo al grano. Cuesta no verlo como una cadena de montaje. (DAVIS-FLOYD, 2009:62)

Era eso lo que nos enseñaban que debíamos conseguir: el bebe perfecto. Esto es lo que se nos enseñaba a producir. Casi nunca pensábamos en la calidad de la experiencia de la madre. (DAVIS-FLOYD, 2009:62)

Nesse diapasão, o ritual viria para transmitir a cultura e a ordem simbólica americanas, reafirmá-la em momentos de mudança de posição social, no caso em tela, da instituição da mulher que adquire o status de mãe, instalando, a idéia social que se tem de parto, de mulher e de maternidade na atualidade.

Pereira (2000) sugere que o mesmo acontece no Brasil, concluindo por uma “expropriação da mulher do fenômeno da parturição nos rituais hospitalares”. Partindo, de igual modo, da noção de ritualização, essa autora percebe o que denomina de um processo de despersonalização e de negação da mulher na cena de parto. Em sua análise, na passagem do parto domiciliar para o hospitalar, a mulher teria passado a ser paciente e os aspectos da pessoa e da transcendência teriam sido apagados. O hospital, então, teria também retirado a faceta espiritual daquele momento. Nesse sentido, com a roupa e a etiqueta específica do hospital, bem como sem os seus objetos pessoais, a mulher perderia sua personalidade; com a raspagem dos pelos seria assexuada e com a sonda vesical e lavagem intestinal passaria por um ritual de limpeza e de purificação de seu próprio corpo. Produzir-se-ia a dependência do médico e a dor, que poderia contar com um tom espiritual, seja de sacrifício, seja de satisfação, ter-se-ia tornado uma questão de “acontecimento técnico-profissional”.

Ao considerar o conto de Gerusa e a minha incursão na *blogosfera*, tendo a concordar com Davis-Floyd e Pereira no tocante ao processo de despersonalização da mulher que dá à luz no modelo hospitalar vigente e também quanto à naturalização desse sistema por parte de seus profissionais. Estou certa de que esses registros são os das mulheres que o experimentaram e que, por causa disso, assim devem ser considerados, a saber, situados. Por outro lado, longe de querer creditar todo o negativo aos profissionais, entendo que esses atores, assim como as parturientes, são produtos desse mesmo paradigma, dado que

construídos no regime de saber-poder tecido e perpetuado pelas faculdades de medicina e de enfermagem. Entretanto, quando nos deparamos com a padronização da atenção, ou seja, com a rotina do “efeito cascata”, ainda que algumas dessas práticas já tenham sido descartadas, como é o caso do enema e da tricotomia, fica mesmo difícil não apreender a sua persistente realização como uma ritualização de algo maior, mais profundo e intrínseco à prática de assistência. Nas instituições hospitalares parece mesmo inexistir espaço para os pertences pessoais, para as crenças e para os estilos de vida daquelas que a elas se dirigem para ter seus filhos, aspectos esses que muitas vezes compõem a subjetividade daquela mulher. Nesse sentido, por exemplo, em casos mais extremos, nas maternidades não cabe o uso de adornos, como é o caso das mulheres indígenas assistidas no SUS, na região Norte e Nordeste; um modo de comer marcadamente regional, como também é o caso das mulheres nordestinas; ou aspectos espirituais de algumas mulheres afrodescendentes. Todas essas mulheres, junto das brancas, urbanas, de classe média ou de classe baixa, parecem se tornar uma só, a mulher da camisola branca e da etiqueta no braço, que por ter uma mesma fisiologia deve se inserir e parir da mesma forma, de acordo com a lógica daquele hospital, ou seja, segundo um determinado ritual – o da brancura, o da raspagem e o da lavagem, quando não o do silêncio e o do apartamento de seus conhecidos.

### **Divergindo quanto à cesárea**

Se essas são algumas das representações femininas do que acontece nos hospitais, quando a questão é a realização ou não do parto cirúrgico, também percebo discordâncias entre o esperado pelas mulheres e o praticado nas instituições. Pelo menos é o que tem sido retratado por um conjunto de pesquisas quantitativas realizadas no Brasil.

*Nascendo no Brasil* (2002), um documentário bastante interessante de Cara Biasucci<sup>22</sup>, por exemplo, ao retratar o dia-a-dia de uma maternidade pública gaúcha, traz à tona o assunto a

---

<sup>22</sup>Documentário feito em uma maternidade da cidade de Porto Alegre-RS que mostra a realidade do atendimento hospitalar, a opinião médica e a divergência do ponto de vista feminino, que prefere o parto natural, sem anestesia, não temendo a dor ou as lesões decorrentes dessa experiência. O mais interessante é justamente o jogo de responsabilização por parte dos médicos, que insistem na idéia de cesárea a pedido das mulheres.

partir do momento em que contrapõe a perspectiva dos médicos e das mulheres no que tange ao medo da dor e ao tipo de parto desejado. Os médicos, de um lado, pontuam que as mulheres escolhem a cesárea por temerem a dor ou a destruição da região perineal. De outra parte e em contrapartida, as mulheres negam essas assertivas, dizendo não poderem temer aquilo que desconhecem ou com o que pouco se importam. Assim, partos vaginais de amigas e de familiares, bem contrariamente, funcionam como justificativa para a opção por um parto mais natural em detrimento de uma cesárea.

De maneira geral, as pesquisas sugerem que, durante a gestação, grande parte das mulheres brasileiras declara preferir o parto “mais natural”. Uma das instituições que mais tem promovido pesquisas nessa área é a Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ (RJ). Em uma delas, na cidade do Rio de Janeiro (2003), de um universo de 909 puérperas, 75,5% delas responderam preferir o parto normal em virtude da “recuperação mais difícil e lenta no parto cesáreo”, ou da “dor e sofrimento maior depois da cesárea”, tendo 17% solicitado a cesárea e, ainda assim, durante o trabalho de parto, ou seja, não de maneira antecipada ou agendada. Em outra pesquisa, de 2001, em quatro capitais brasileiras, ter-se-ia identificado que entre 70 e 80% das gestantes diziam preferir o parto normal.

Para Fernandes (2001), depois de uma pesquisa sobre as representações de parto em Juiz de Fora (MG), a cesárea seria posta em segundo plano, em razão de contar com uma conotação passiva, na qual a mulher “não vê nada”, à qual se associa um corte e ao “abrir a barriga”; ou, então, a um ato médico “frio e sem emoção”, enquanto o parto normal viria lido como carregado de participação e de autonomia feminina. Vale dizer que, nessa oportunidade, diante de um questionamento sobre as desvantagens de uma cesárea, as mulheres entrevistadas teriam, *a grosso modo*, respondido no seguinte sentido:

Todas. Não vi meu filho, não peguei meu filho, não botei ele no peito, fiquei mais de 20 dias para andar direito, muita dor nas costas, muita dor na minha coluna, horrível. Para mim todas as desvantagens, não gostei de nada. Eu acho que a cesariana só devia ser opção mesmo em caso de vida ou morte. Eu acho que todas as

mulheres deviam se conscientizar de que o parto normal é o melhor (C., 29 anos, três partos vaginais, um cesáreo e um vaginal) (Barbosa e outros, 2003:1616)

Essas pesquisas, em seu conjunto, indicam que, para as mulheres atendidas no SUS, o parto natural é percebido como melhor porque a “recuperação é mais rápida”, ou “porque suas mães pariram dessa maneira”. Entretanto, de outro lado, prefere-se a cesárea no SUS, quando o atendimento despendido no hospital é desrespeitoso, frio e distante, ou porque a analgesia, ainda que paga, nem sempre é oferecida e disponibilizada, ou porque ter-se-iam sentido abandonadas, ou porque teriam sofrido maus-tratos por parte dos profissionais nos hospitais, ocasião em que então aparece como uma possibilidade de fuga da violência institucional (Diniz, comunicação oral na FCM-Unicamp, ago, 11). Fernandes, por outro lado, chama a atenção de que, para algumas das entrevistadas, experimentar o parto sem a cesárea comportaria um quê de sacrifício e de sofrimento exigidos socialmente, idéias às quais as parturientes teriam aderido, entendendo ser da natureza da mulher o parto dolorido.

De outro ângulo, entre as mulheres conveniadas, de planos privados de saúde, vê-se, de antemão, uma preferência pela cesárea, ou porque o médico assim sugeriu e ficou acordado, ou porque temem a dor, a morte do bebê ou a lesão perineal. Entretanto, principalmente, porque parecem compartilhar da noção de que a cesárea seria o método mais rápido, indolor e seguro. O interessante é ressaltar que quanto mais instruída a mulher, maior parece ser a opção pelo parto cirúrgico. Segundo a BENFAM (2009), quase 90% dos partos da rede privada de saúde aconteceriam mediante cesárea indicada, aceita ou solicitada. O procedimento é oferecido e remunerado pelo convênio médico, mas o curioso é que, de acordo com os dados desta e de outras pesquisas sobre o assunto, é exatamente desta franja social que tem despontado as adeptas de outros modos de parir na sociedade atual. Em tese, em seu seio, existe uma maioria que pede ou aceita a cirurgia, mas também uma parcela que procura escapar de sua realização. Diante disso, tendo a considerar que as mulheres envolvidas com o parto humanizado de hoje seriam justamente as que poderiam ter mais facilmente uma cesárea, mas que deste procedimento decidem divergir, ainda que tenham de discordar dos profissionais ou de custear suas experiências de parturição.

Não posso negar que a vontade de um parto natural também existe entre as atendidas no SUS, porém parece presente muito mais nas mulheres atendidas na rede privada de saúde. Esse dado, então, pode indicar um recorte de classe importante no universo do parto humanizado brasileiro e contemporâneo. Porém, quanto a essa questão, posicionar-me-ei de maneira mais detida no capítulo seguinte e a partir de meus dados etnográficos, quando problematizarei a noção clássica e por vezes reducionista de classe social.

Em que pese a pluralidade e a dificuldade de um quadro mais geral de opiniões, o mais importante parece ser deter-me ao fato de que a cesárea não parece ser prontamente bem aceita por um grupo considerável de mulheres. Dito de outro modo, parece carregar em si mesma certa negatividade: a do corte, da ruptura, da precipitação, da difícil recuperação e da artificialidade. Essa perspectiva, contudo, comporta graus de intensidade variáveis e não poderia ser estendida a todas as gestantes. De um modo ou de outro, o que seguramente se sabe é que a prática da cirurgia é regra na rede privada e que, também no SUS, tem ultrapassado os 15% de cesáreas/ano recomendados pela OMS.

### **Por um parir diferentemente**

Por causa dessa magnitude da cesárea, desse conjunto de representações negativas de parto hospitalar e da crítica que algumas mulheres e profissionais de saúde têm dirigido ao modelo médico tecnocrático, percebe-se, na contemporaneidade, a existência de uma proposta para parir diferentemente, de outro modo que não o corte abdominal, ainda que ventilado como o mais seguro. Esse é o pano de fundo desta tese e de onde parto com uma intenção recortada, a de problematizar as práticas de partos “mais naturais” à luz de seus registros femininos. Por uma questão metodológica, trabalharei com a idéia de que esse parir diferentemente se configura como outro paradigma de parto. Como já foi visto, não se trata de algo recente nem mesmo isolado; na realidade, decorre de um conjunto de práticas e de situações de conflito que o antecederam historicamente. Por isso, vale aqui recuperar algumas interpretações teóricas mais específicas de sua constituição.

Diniz (2001) considera que, no Brasil, a crítica mais contundente ao parto tecnológico teria principiado nos idos de 1980, depois do *Ano Internacional da Criança* (1979). Em sua leitura, ter-se-ia percebido nesse período que, a despeito do aumento dos gastos e da tecnologia com os partos, não teria ocorrido uma expressiva melhoria na assistência ao nascimento. Constatou-se que, mesmo com mais investimentos e sofisticação do atendimento, pouca era a melhora no que tange à qualidade dos nascimentos e controle da morbimortalidade materna e infantil. Desse modo, essa preocupação, por ela lida como primeiro orientada à criança, desencadeou uma série de estudos controlados (Biblioteca Cochrane), que resultaram na publicação de uma revisão de mais de 275 práticas de assistência perinatal e a partir da qual muitas teriam sido desqualificadas e classificadas como invasivas e inapropriadas. Desde então, teria passado a circular a hipótese de que em detrimento da efetividade da técnica, muitos procedimentos médicos ter-se-iam ritualizado.

Se aqui principiavam as críticas e pesquisas, em 1985, a OMS publica um conjunto de recomendações para a assistência ao parto ventilando a importância de um plano individual de parto para cada mulher, da centralidade do direito à informação e da decisão informada da paciente, entre tantas outras diretrizes. Contudo, em que pese sua proposta e objetivo, ter-se-ia assistido à persistência de práticas e de procedimentos médicos sem justificativas cabíveis ou razoabilidade. De acordo com Diniz (2001), teria persistido a posição horizontal no trabalho de parto; o uso de rotina do enema; da tricotomia; da infusão intravenosa e os esforços expulsivos dirigidos durante o segundo estágio do trabalho de parto, bem como a perigosa manobra de Kristeller (quando o médico sobe sobre a barriga da mulher e empurra com movimentos bruscos para baixo). Nessa época, o parto lido como o normal era o parto dirigido, com a mulher semi-imobilizada, privada de alimentos e líquidos orais, mediante o uso de drogas sintéticas para acelerá-lo, em posição de litotomia, com uso eventual de fórceps e prática rotineira de episiotomia (Diniz, 2001:8). Por isso, considerado o “parto típico” no Brasil.

Essa proposta de reação, primeiro investigativa, à prática obstétrica brasileira, teria contado também, a partir de 1998, com iniciativas governamentais oriundas do Ministério da Saúde. Passou haver apoio à idéia de que o parto de baixo risco deveria ser conduzido pela

enfermeira obstetriz e que o pagamento da anestesia deveria ser feito também para o SUS. Para tanto, foi criado um teto máximo de cesáreas para os hospitais; bem como o prêmio Galba Araujo para hospitais enquadrados nos programas *Humanização do Atendimento ao Pré-natal e no Parto*, *Humanização dos Hospitais* e *Hospital amigo da criança* (2000), para além do estímulo para abertura de Casas de Parto, ainda presentes em São Paulo e no Rio de Janeiro. Junto a isso, chegou a ser criada a CPI da mortalidade materna, para que fossem apuradas as razões dos altos índices de morte e de prematuridade de bebês, mesmo com a preferência pela cesárea. O *Programa Mãe Canguru*, inspirado na experiência colombiana, também despontou nesse contexto de princípios dos anos 2000, com o objetivo de resguardar o contato pele a pele logo após o parto, partindo-se do pressuposto de suas benesses para a saúde da criança. Fundou-se a ABENFO (Associação das Enfermeiras Obstetizas), e a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos também passou a tratar do tema, assim como também o próprio Conselho Federal de Medicina mobilizou-se contra os números de parto abdominal. Segundo Diniz, é assim que o denominado movimento de humanização do parto e do nascimento começa a ganhar corpo e notoriedade, adquirindo contornos do que em âmbito internacional já tinha recebido a denominação de movimento pelo *parto respeitoso* (Espanha) ou *gentle birth* (Inglaterra e EUA). Todas essas propostas e atitudes ter-se-iam juntado pela primeira vez de maneira expressiva na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto (2000), apoiada pela UNICEF e FNUAP, dando origem, por consequência, mais intensamente o que hoje é conhecido por movimento pela humanização do nascimento.

Não posso deixar de aqui mencionar também que desse conjunto de mobilizações acabaram por ser aprovadas duas propostas de lei: a lei do acompanhante (11.108/2005) de autoria da então Deputada Ideli Salvati (PT-SC) e a da vinculação da gestante à maternidade que irá atendê-la (11.634/2007), que visa garantir o acesso ao leito no momento do parto, de autoria da Deputada Luisa Erundina (PDT-SP). Essa questão parece-me de notável importância para que se tenha idéia da dimensão, inclusive jurídica, que a questão tem adquirido nas últimas décadas, bem como de uma suposta potencialidade da movimentação em prol da humanização dos partos.

Para Davis-Floyd (2004), a idéia da humanização ou desse parir diferentemente surge como reação aos excessos da tecnocracia e da busca por uma medicina mais relacional. Para isso, parte do pressuposto de que no modelo proposto existe conexão entre corpo e mente e de que enfoca formas de cura que influenciem ambas as dimensões. Nesse sistema, de acordo com suas ponderações, o corpo é percebido como organismo, persistindo uma abordagem biopsicossocial na atenção ao parto. A paciente é considerada sujeito na relação e os profissionais procurariam estabelecer relações mais afetivas e além dos cuidados médicos com aquelas que estão para dar à luz. Essa relação pressuporia o cuidado e a idéia de que o diagnóstico e a cura, ao contrário do modelo tecnocrático-hospitalar, dar-se-ia de dentro para fora. Por essa razão, em sua opinião, poder-se-ia dizer que nesse paradigma de atenção ao parto vigora uma comunicação maior entre médico e paciente e que, também por isso, a figura da doula e a presença do pai são consideradas importantes na cena de parto.<sup>23</sup>

Nesse mapeamento do que comporia o sistema humanizado de atenção ao parto, a antropóloga teria também concluído por uma tentativa de maior equilíbrio entre as necessidades do indivíduo e da instituição, por meio de técnicas alternativas de suavizo da dor e na possibilidade de deambular durante as contrações. Enquanto a maior parte dos profissionais é treinada para tomar decisões isoladamente, os mais próximos dessa ideologia priorizariam que as pacientes fossem informadas, a fim de que pudessem compartilhar de suas decisões acerca de como os partos seriam conduzidos. Por isso, não existiria um esquema de respostas e atitudes pré-definidas, buscar-se-ia mais o meio termo e a corresponsabilidade, sendo o “consentimento informado da gestante” importante em todas as fases e atos médicos orientados ao parto. Dessa forma, ciência e tecnologia viriam contrabalanceadas pelo viés da humanização; não obstante o uso corrente da ciência e o reconhecimento de sua importância e benefícios, existiria uma maior disposição para a espera do tempo de cada mulher e para o emprego de técnicas como massagens, manobras de parteiras tradicionais, ervas, florais, acupuntura e homeopatia.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Texto publicado em 2004 no site [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br), acessado em agosto de 2007.

<sup>24</sup> Texto publicado em 2004 no site [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br),

Diante disso, o sistema humanizado teria enfoque na prevenção, procurando solucionar ou tratar de corrigir, durante o pré-natal, disfunções corporais perigosas para parto. De outro lado, a morte, tida como algo a ser contornado no modelo hospitalar moderno, viria como um evento do qual não se pode escapar e que se deve aceitar. Por isso, o suporte emocional e psicológico aos pacientes e seus familiares teria espaço privilegiado. Davis-Floyd (2004) entende que os cuidados são, por essa razão, movidos mais pela empatia e que os sentimentos têm lugar e fazem parte dos processos de cura.

Não obstante, na acepção da antropóloga americana, se esse poderia ser o seu grande desenho, tendo a concordar com Diniz (2005:83) que, ao pensar sobre o Brasil, pede atenção para a pluralidade de sua apresentação, ou seja, para os diversos contornos que uma proposta para parir diferentemente pode apresentar. Para que se possa ter uma idéia da pluralidade de suas iniciativas, segundo essa médica feminista, há de se compreender a existência da “humanização referida à legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres e crianças”, uma corrente que demanda uma assistência segura e não violenta ao parto e que trata a questão enquanto tema de direitos humanos; a “humanização referida à legitimidade científica da medicina baseada em evidências”, linha que defende o padrão ouro de uma prática comprovada mediante revisões sistemáticas e fruto de muitas pesquisas, contrapondo-se à idéia de que o moderno é a intervenção. De outro lado, encontra-se também a “humanização referida ao resultado promovido pela tecnologia adequada na saúde da população”, vertente que pensa na saúde pública com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais; “a humanização referida à legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto”, uma demanda em prol do reconhecimento das enfermeiras obstetrizes; “a humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos”, que procura pensar na necessidade de financiamento do setor público; “a humanização referida à legitimidade da parturiente como consumidora nas decisões sobre sua saúde, à melhora da relação médico-paciente”, que enfatiza o diálogo e outro paradigma de saúde; por último, “a humanização referida à legitimidade do acesso ao alívio da dor”, que se atém ao problema do acesso à analgesia na rede SUS, a ser paga via portaria GM.MS 2815 e ainda sem a devida operacionalidade.

De minha parte, investigarei o parir diferentemente a partir das mulheres brasileiras que, em nome do próprio parto, têm-se contraposto aos métodos que visam acelerar, interromper ou postergar a parturição, ainda que suas iniciativas e suas praticantes sejam diferentes, assim como os tipos de partos e os motivos que as levaram a buscar esse tipo de experiência. Sendo assim, em tempos de alta tecnologia e de controle do corpo de muitas cabeças, dedicar-me-ei às práticas de parto de mulheres comuns, gestantes, parturientes e “já paridas” que negam ou negaram o enema, a tricotomia, a ocitocina, a epidural, o corte vaginal e a cesárea, todas ou algumas delas, preferindo parir em casa, em casas de parto ou nos hospitais, na penumbra, entre velas e incensos, ou sem nada disso; apoiadas por parteiras urbanas ou médicos tidos como dissidentes do padrão, em busca de liberdade para gemidos, pranto, riso, troca de beijos e carícias sexuais, ou, então, à procura de nada disso.

Por fim, mas também como ponto de partida, preciso ressaltar que, longe de querer reiterar uma noção romantizada de parto e de maternidade e, principalmente, reconhecer a importância da maternidade espontânea e desejada enquanto conquista feminina da atualidade, tentarei contornar acepções modernas e ainda hegemônicas do assunto, traçando nuances e sinalizando outras interpretações da temática, com o intuito de apresentar, a partir das palavras das próprias mulheres, a possibilidade da diferença no que diz respeito aos seus corpos, emoções e percepções da experiência de parir. Por isso, partirei do jogo que a ambigüidade da maternidade coloca em cena, um pouco à luz do poema de Cintia Melo, mais uma dessas mulheres brasileiras.

“Queria ser mulher  
Não neguei o sexo  
Do homem faminto  
  
Preparei meu corpo  
Repensei meu ciclo  
Aproveitei o óvulo maduro  
Promovi o nascimento  
A possibilidade fremente

Ofereci ao mundo  
Meu ventre sadio.

Nasci bicho fêmea  
Concebi  
Acolhi no colo  
Dei de mamar  
As tetas robustas, febris  
Fartas de leite

Não contive o riso  
A alegria indecifrável  
Amei a cria  
Cumpri o milagre da vida.

Passou o tempo  
Cansei-me da lida  
Das regras dos homens  
Da culpa insistente  
Repetindo o choro  
Na noite clara  
Meu corpo cansado  
Doente de sono.

Queria é ser mulher parida  
Cem anos atrás  
Amar meus rebentos  
Nutrir todos eles  
De leite, de amor  
Depois, sem culpa  
Dormir meu resguardo”  
(*Vida*, Cintia Melo Primo)<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup>Poema disponível na página [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br), acessado em 12 de agosto de 2011.



## **Capítulo 2**

### **Em campo e em jogo: práticas, emoções e traduções**

#### **Nos grupos de preparo para o parto humanizado**

Quando iniciei a investigação, temia não encontrar mulheres dispostas a narrar suas experiências de parto, pois, em meu julgamento, tratava-se de algo muito pessoal e íntimo. Entretanto, para minha surpresa, logo passei a ser procurada por um número significativo de mulheres interessadas em participar da pesquisa, parecendo haver um desejo ou uma necessidade de narrar suas experiências de parturição. Percebi, então, uma tendência de tornar público aquilo que, em minha apreensão, pertenceria ao privado. Esses primeiros contatos acabaram me apresentando os grupos de preparo para o parto humanizado que, depois, vieram a ser meus principais pontos de interlocução.

O primeiro grupo em que estive será aqui denominado “institucional”, pois pertence ao hospital-escola, pelo menos, tem sua sede de reuniões e lócus de assistência ao parto nesse local concentradas. Por tratar-se de uma instituição pública, tive de submeter meu projeto de pesquisa ao seu Comitê de Ética, haja vista meu trabalho envolver seres humanos e existir a necessidade do consentimento informado e de uma autorização do Ministério da Saúde. O procedimento todo tardou praticamente um ano, entre idas e vindas do projeto e questionamentos acerca do método de investigação a ser empregado, o que me levou a perceber como os métodos qualitativos ainda engatinham nas pesquisas da área da saúde e como a etnografia pode ser pouco compreendida e indagada quanto ao seu rigor científico. Encontrei resistência em virtude de me perguntarem por amostras, variáveis, taxas e índices. De minha parte, tentava reiterar o caráter singular do fazer antropológico, ainda que tivesse, por motivos de força maior, tentado adequar o projeto aos requisitos exigidos pelo hospital. O intuito não era entrevistar as participantes do grupo na instituição, mas observar os encontros e relações ali estabelecidas, já que as entrevistas seriam concedidas em outro ambiente e se as mulheres manifestassem interesse e concordância.

Cumpridos os trâmites legais e burocráticos, passei a acompanhar semanalmente, às segundas e às quartas-feiras, as reuniões do grupo, que existe há praticamente 25 anos e cuja inspiração maior é o parto de cócoras em uma cadeira de acrílico, construída anatomicamente para essa finalidade. Um dos grandes responsáveis por sua criação e persistência foi um professor da instituição em que se situa o grupo. O hospital contava então com uma sala própria para essa finalidade, denominado naquele contexto de “alternativo”, local em que estive durante o primeiro mês de pesquisa e lá encontrei a cadeira e uma banquetta. De qualquer modo, era uma sala de hospital como quase todas, branca, asséptica, “higienizada”; ao seu lado, havia a sala de cesáreas, para onde eram destinadas as mulheres do “cócoras”, que não tinham conseguido parir naturalmente.

Os encontros para apresentação da proposta do grupo e preparo para o parto acontecem na sala da fisioterapia do hospital. Às segundas-feiras, ocorrem palestras e conversas mais informais e às quartas-feiras, o preparo físico, como transmissão de técnicas de massagem, aulas de ioga, de respiração e de meditação. Por um tempo, frequentei ambas as sessões; no entanto, decorridos seis meses, optei somente pelos trabalhos realizados às segundas-feiras, dado que nesse dia podia ter contato com os discursos, questões, inseguranças e tessitura de relações intragrupo. O grupo conta com médicos, obstetras e anestesistas, enfermeiras obstetritz, psicólogas, doulas e muitas estagiárias de fisioterapia. Para sua prática, possui um protocolo de atenção próprio e bastante contrastante com o do hospital; sua finalidade é informar aos casais todos os seus direitos, principalmente os das gestantes ao ingressarem para dar à luz. Por tratar-se de uma proposta diferente da de rotina, histórias de resistências e de obstáculos ao seu funcionamento eram frequentes, vindo vez ou outra caracterizado como um “oásis dentro do hospital” (notas de campo, jul. 2008).

Esse grupo tem por objetivo maior a prática do parto na vertical, mas inúmeras outras rotinas são também desconsideradas ou interpretadas como invasivas. Existe uma tendência a discordar da ruptura de bolsa, do uso da ocitocina sintética, de não poder deambular durante o trabalho de parto, de ter de permanecer em jejum desde a entrada no hospital, da episiotomia de rotina e de alguns dos primeiros cuidados com o recém-nascido, tais como a pesagem, a separação do binômio mãe-bebê, administração da vitamina K e do nitrato de

prata nos olhos da criatura. De modo geral, opõe-se ao uso indiscriminado desses procedimentos, privilegiando o tempo fisiológico de cada mulher para parir, o contato pele a pele e a amamentação nas primeiras horas de vida. Vale ainda dizer que possui uma política própria de analgesia, ministrada numa dose oito vezes menor do que a habitual, com o intuito de que a mulher conserve o movimento das pernas, essenciais para um parto de cócoras.

No entanto, é preciso dizer que quanto aos procedimentos necessários e desnecessários existem divergências de opinião no interior do próprio grupo. A anestesia, por exemplo, é algo polêmico e controvertido: para o seu coordenador, as mulheres teriam total condição de dar à luz sem analgesia; para o anestesista, o limite de dor já é subjetivo e, por isso, a anestesia é viável e importante, se assim desejar a parturiente. De igual modo, a percepção do parto domiciliar despontou como algo pouco homogêneo: para algumas doulas e psicólogas, tratar-se-ia de uma possibilidade aceitável, desde que bem assistido e realizado nos arredores de uma instituição médica; para os médicos coordenadores, representa uma alternativa arriscada e, por vezes, problemática, dada a ausência do equipamento de que somente o hospital dispõe. Dessa maneira, percebi existir uma espécie de proposta guarda-chuva, porém também divergências pontuais quanto aos procedimentos, locais para parir e tempo de espera para dirigir-se ao hospital.

Os encontros do grupo são sempre coordenados, ainda que não necessariamente programados com antecedência. Existem temas, tais como dor, trabalho de parto, analgesia, contrações, protocolos de atendimento, cuidados com o recém-nascido, o papel do pai no parto e etc., mas as reuniões têm espaço para questões de distintas ordens e uma dinâmica também aberta. Posso dizer que existem grandes assuntos, mas que a condução dos encontros acontece muito mais pelos “casais grávidos” (SALEM, 1987) presentes do que pelos coordenadores. Discute-se também a cesárea, sua importância e sua necessidade, pois não se deve deixar de alertar sobre essa possibilidade e de como proceder nesses casos, ainda que o preparo seja realizado comumente para o “parto mais natural”.

O propalado, ainda assim, é a “cesárea humanizada”, que seria com a mulher consciente de todos os procedimentos, de sua necessidade e com o resguardo do papel do marido e do primeiro contato mãe-criatura. Em que pese existir essa liberdade de participação e de indagação, pude perceber que a relação hierárquica entre a equipe médica e as parturientes prevalecia, principalmente quanto ao médico coordenador do grupo. Suas ponderações e opiniões eram tão absorvidas pelos participantes do grupo que quase resvalavam para uma condição de profecia de fé. Para que se possa ter uma idéia mais clara do que ora sinalizo, um dos maiores temores das gestantes do grupo era que esse médico não pudesse estar presente no dia de seu parto. Dessa forma, em que pesem privilegiar o parto mais natural, acreditando na capacidade do corpo para parir, necessitavam do apoio e da confiança transmitida pelo médico, cujo reconhecimento não poderia aqui ser pensado de modo dissociado do peso que tem a medicina científica.

Sobre essa observação, recordo-me de que um de meus primeiros apontamentos no caderno de campo recaía sobre a possibilidade de equiparação de tal médico ao xamã dos índios Cuna do Panamá, descrito e analisado por Lévi-Strauss em “Eficácia Simbólica” (1996). Nesse famoso texto, o antropólogo rememora um parto difícil de uma das índias com a intenção de explicitar o que viria a ser a eficácia simbólica, ou seja, de como o compartilhamento de percepções auxiliam na manutenção da coesão e organização social. Nesse parto difícil, o xamã é chamado para auxiliar a parturiente, para bem encaminhar a energia *Mu*, símbolo do útero. Para tanto, o xamã canta, proferindo palavras entendidas pelo grupo e pela índia, para desobstruir a energia *Mu*, e acaba fazendo com que o parto transcorra, restabelecendo a ordem em uma situação, em tese, caótica. De alguma maneira, a simples entrada do médico coordenador na sala de parto do grupo alternativo contribuía para que as mulheres não pedissem pela analgesia e recuperassem a crença em sua capacidade de parir (palavras do médico anestesista do grupo, notas de 2008). Segundo relatos, em casos de partos difíceis ou em que a mulher começava a cogitar uma cesárea, ao ouvirem ou reconhecerem “o doutor” mudavam de opinião e persistiam na proposta de um parto na vertical. Nesse sentido, assim como o canto do xamã Cuna, a presença e as palavras proferidas pelo médico parecem restabelecer a confiança e a organização

simbólica desse grupo de preparo para o parto humanizado. Esse médico, assim como o xamã, parecia cantar e, assim, encaminhar o bom andamento da parturição.

Os encontros do grupo aconteciam na sala da fisioterapia do hospital. Um ambiente com paredes cor de gelo, “frio” e asséptico. Porém, os colchonetes, as bolas de plástico, o espelho e o aparelho de som pareciam tentar lhe conferir outros ares. Todas as segundas-feiras, sentados em roda, às vezes orientados para a lousa da sala, ouvíamos, os casais e eu, sobre o parto natural e suas benesses. Em quase todas as semanas, as frases eram as mesmas: “Estamos prontas para isso, a natureza é perfeita”. “O parto é como namorar, compõe a vida sexual da mulher. Por isso, precisamos estar bem à vontade para produzir os hormônios do amor”.

Entretanto, em que pese a tentativa de descontração e de incentivo, aos poucos percebi que a linguagem médica, com seus termos rebuscados e cientificamente comprovados, na maior parte das vezes prevalecia, e o mais interessante é que muito menos por parte dos médicos do que pelas das estagiárias recém-formadas. Nesse sentido, termos como episiotomia, ocitocina sintética, manobra de Kristeller, nitrato de prata, amniotomia, apresentação pélvica, enema, tricotomia e tantos outros a serem mencionados neste trabalho, operavam como barreiras entre a equipe e os participantes do grupo, distanciando-os e restabelecendo a hierarquia entre aqueles que supostamente detêm um saber-poder e os demais, portadores do senso comum. Essas palavras precisavam, corriqueiramente, de tradução, extensão e outros modos de simbolização para que pudessem ser compreendidas. Entretanto, mesmo depois de traduzidas, eram apropriadas pelos casais e gestantes, que passavam a repeti-las em reuniões ou em conversas informais e entrevistas.

Da parte das participantes e de seus companheiros, pude observar não só a crítica e a coragem de indagar, mas também o respeito e a confiança no saber dos coordenadores do grupo. Em que pese a autoconfiança ser estimulada, nem sempre vigorava na prática e no cotidiano das atividades do grupo de cócoras. Quando iniciei a pesquisa de campo, a sala era cheia, na maioria, com casais e algumas gestantes isoladas. Decorridos dois anos de acompanhamento do grupo, pude perceber um notável esvaziamento em seus encontros.

Para que se possa ter uma idéia, em 2008, costumava-se encontrar entre 8 e 10 casais; porém, já em 2010, quando deixei de frequentar o grupo, por razões metodológicas, via, em média, somente 3 ou 4 casais. Confesso que não pude me aprofundar com relação às eventuais razões para isso, porém, tenho a considerar que se deva à própria proliferação de grupos de preparo para o parto humanizado em sua região e à maior aceitação e prática do parto domiciliar.

Quanto às mulheres que participaram do grupo enquanto esta etnografia foi construída, poderia dizer serem, em sua maioria, pós-graduandas ou funcionárias da universidade que o abriga, moradoras do distrito em que se localiza ou da cidade que o abarca. Em geral, brancas e provenientes de “camadas médias” (Velho, 1977), porque, com exceção de uma ou outra, encontrei poucas menos abastadas. Praticamente, entre 25-35 anos, mas com uma predominância na casa dos 30; acompanhadas de seus maridos e companheiros, com exceção de algumas que apareciam assistidas por suas mães ou amigas, as gestantes eram, em grande parte, primigestas, ou seja, “mães de primeira viagem”; poucas eram as “já paridas”, que já tinham dado à luz no grupo e que pretendiam repetir a experiência.

De algum modo, tenho a considerar que muitas das gestantes eram conveniadas de planos privados de saúde, pois realizavam o pré-natal no hospital somente para cumprir uma exigência do grupo, mas eram acompanhadas efetivamente por médicos particulares. Pareciam buscar, portanto, a experiência do parto de cócoras e não a instituição em questão ou então uma iniciativa pública de assistência ao nascimento. Quanto a esse último ponto, vale ainda mencionar que a proposta do grupo é uma das poucas que conjugam humanização do nascimento e assistência gratuita. Sendo assim, toda e qualquer mulher pode ser assistida por sua equipe, desde que passe por uma consulta pré-natal e que sua gestação seja definida como de baixo-risco. Diante disso, as gestantes hipertensas, autoimunes, gemelares, diabéticas, já cesareadas e portadoras de quaisquer outras moléstias, à medida que são enquadradas na franja do alto risco, não podem ser acompanhadas pelo grupo e muito menos parir de cócoras. Há, então, uma triagem médica daquelas que podem ou não dar à luz na cadeira de acrílico, ainda que a gestante esteja disposta a vivenciá-lo.

Se em sua maioria eram brancas, portadoras de plano de saúde privado e dotadas de uma capacidade crítica aqui denominada de capital cultural, pude perceber também que tinham acesso à internet e que recorriam à escrita para a comunicação. Por meio do mundo *cyber* e da própria universidade chegavam ao grupo, conheciam a proposta e depois se comunicavam umas com as outras e com os coordenadores. Nesse grupo não conheci nenhum casal homo afetivo feminino; eram, em sua maioria, heterossexuais, ainda que a forma conjugal tomasse contornos bastante diversificados, entre “juntados”, “namorados”, “maridos”, “ex-namorados”, divorciados, separados de fato ou judicialmente. Quanto à capacidade crítica das mulheres, considerei não ser algo generalizado, pois muitas procuravam se informar sobre procedimentos, indagavam e criticavam, e, se preciso fosse, questionavam até mesmo os médicos do grupo institucional; outras, entretanto, compactuavam mais facilmente com as recomendações médicas e com os imaginários sociais vigentes de parto.

Por meio desse grupo institucional, cheguei a outro grupo investigado, que chamarei de “grupo independente”. A essa altura da pesquisa, quase um ano depois de seu início, cada vez mais me dava conta de que uma informante me apresentava a outra, encaminhava-me a um grupo e depois a outro, assim como aos encontros, às oficinas e aos seminários sobre o tema e de que as minhas relações de pesquisa eram tecidas pelas próprias mulheres. Nesse sentido, uma rede feminina era-me desenhada e por ela eu seguia em busca de meus objetivos. Com esse propósito firmado, em uma das reuniões da equipe institucional, soube que um grupo tinha acabado de chegar à cidade e como eu já tinha entrevistado uma de suas coordenadoras, decidi procurá-la para saber mais sobre sua proposta. Além disso, como tinha constatado uma migração do institucional para o independente, decidi me aproximar para conhecer sua sistemática.

O “grupo independente”, assim por mim denominado em virtude de não possuir qualquer vínculo institucional e por ser conduzido por mulheres sem qualquer proposta norte de como parir, idealizado por quatro mulheres, duas médicas e duas psicólogas, nasceu em agosto de 2008, e seus encontros, igualmente às segundas-feiras, aconteciam inicialmente em casas residenciais. Por tratar-se de uma proposta tão nova, chamou logo a atenção

devido ao número expressivo de seus participantes, em média entre 5 e 6 casais, quando não mais. Nele se defendia o parto humanizado em seu sentido mais amplo, hospitalar e domiciliar, de cócoras, na água, deitada, sem ou mediante procedimentos médicos, assistido por médicos ou por parteiras urbanas. Das mulheres que o conceberam, todas estiveram envolvidas, em suas trajetórias pessoais, com outros modos de parir diferentes da cesárea, havendo uma espécie de mistura e de comunicação entre a vida privada e a atuação profissional. Tinham elas em comum o fato de terem passado a trabalhar sob essa filosofia depois de suas experiências pessoais de parto, algumas “traumáticas”, outras “satisfatórias”.

Esse grupo, cujo nome me remete a uma árvore da região amazônica, a qual expele um líquido depois de tê-lo armazenado por meses, além de informar e preparar as gestantes que quisessem um parto “mais natural”, assistia o parto ou indicava profissionais a fim de que o fizessem. O seu crescimento foi tão rápido que, decorrido meio ano, seus encontros chegavam a contar com 10 ou 12 casais, quando não mais. Pouco a pouco, tornou-se uma espécie de sede local ou representante de um grupo maior, cuja referência estadual é a cidade de São Paulo, hoje notadamente conhecido no cenário brasileiro da humanização do nascimento.

Assim como no primeiro grupo, suas reuniões eram conduzidas por suas coordenadoras ou por convidados - parteiras, médicos e doulas. O espaço para a interlocução, no entanto, parecia ser mais livre, igualmente aberto ao diálogo, desprovido de tantos termos médicos e científicos; para entendê-lo quanto às antigas e problemáticas categorias de análise sociais, prevalecia a intuição e o afeto em oposição à razão e à ciência. Em que pese dados e estatísticas também serem fornecidos com a mesma seriedade, diferentemente do primeiro, tinha em sua dinâmica uma grande gama de documentários, vídeos e dinâmicas de sensibilização, muitos relatos de parto e espaço para questões mais “psi”, como, a relação entre o casal, entre gestantes e suas mães, sexualidade e espiritualidade.

Se o primeiro era uma iniciativa pública, o segundo solicitava, para aqueles que pudessem, uma contribuição monetária, ainda que simbólica, para a manutenção mensal do grupo, ressaltando, assim, a sua importância. Camisetas, vídeos, *slings* e outros artefatos para

bebês e mães eram comercializados com o mesmo intuito, todos levando o logotipo do grupo. Sua sede, um espaço alugado, na cor lilás - cor do grupo - contava com almofadas coloridas espalhadas pelo chão, sinos do vento em suas paredes e teto, cristais, e uma área com muito verde. Um lanche comunitário era oferecido após todos os encontros realizados.

O clima, depois de alguns meses, em todas as sessões realizadas, era de acolhimento e aconchego, assim como o tratamento e a linguagem empregada. Se assim o descrevo, quero ressaltar que o faço sem a intenção de compará-lo com o primeiro grupo, mesmo porque o escopo maior desta tese não é analisar propostas de humanização do parto, mas representações femininas plurais de partos “mais naturais”. O que importa não é a comparação ou o ambiente, mas a dinâmica dos grupos para que se possa chegar, posteriormente, às mulheres que os buscaram.

Entretanto, a despeito desta ressalva, há um ponto que não poderia deixar de comentar. Constatei que nesse grupo, talvez por sua dinâmica e sistemática, havia também uma sociabilidade extra grupo e extra gestação. Encontros aos finais de semana, festas de aniversário, indicação de escolas, troca de favores, sugestões de serviços de terceiros e muito outros assuntos apareciam em conversas informais e na troca de correios eletrônicos do grupo. Vale dizer que tanto o primeiro grupo quanto o segundo comunicavam-se mediante uma lista de discussão *online*, da qual pude participar e delas obter mais uma entrada para a coleta de material de campo. Os temas dos encontros eram semelhantes ao do primeiro grupo, salvo alguns pontos mais particulares, como o apoio ao parto domiciliar, os aspectos mais “psi” da gestação e do parto, o feminino, o sagrado do parto e a sexualidade. É certo que tais assuntos tangenciaram conversas do primeiro, mas no segundo grupo apareciam com mais frequência e eram tratados com mais afinco, além de nele existir igualmente um forte reconhecimento da atuação da enfermeira obstetriz, que, nesta tese, será tratada como parteira urbana, no uso da categoria nativa.

Conversas informais, casais deitados pelo chão, dinâmicas de abertura das reuniões, oficinas, encontros com parteiras e viagens coletivas de todo o grupo. Essas foram as minhas incursões no segundo grupo, do qual participavam mais casais do que gestantes

monoparentais; a faixa etária parecia ser um pouco mais ampla, pois encontrei mais de uma vez mulheres mais velhas, na casa dos 35-40 anos de idade. Quanto à raça, sistema conjugal, sexualidade e letramento, o mesmo padrão do primeiro pôde ser verificado no grupo independente. Todas as gestantes eram conveniadas de planos de saúde, pretendiam dar à luz em casa, custeando as despesas, ou em hospitais particulares, abarcados por seus planos privados de saúde. O capital cultural detectado no primeiro grupo, aqui parecia mais intenso; em geral, graduadas ou pós-graduadas, mulheres e homens, questionavam e pareciam se indignar com a prática médica tanto em consultas quanto nos partos. Falava-se mais no segundo grupo do que no primeiro, talvez porque a própria instituição amedrontasse a participação no primeiro caso. Por fim, quanto ao tom discursivo operante no grupo, importa ressaltar ter sido mais afetivo e amistoso, como se entre as coordenadoras e as mulheres já existisse uma amizade.

Nesse contexto, além de coordenar os seus encontros, as quatro mulheres também assistiam aos partos mediante remuneração. Elas, assim como o médico xamã do institucional, também abrigavam muita respeitabilidade, mais as médicas do que as demais, mas a crença e a confiança se davam num clima de maior liberdade, menos intenso e com maior flexibilidade. No grupo, encontrei mulheres diferentes, de distintas matrizes religiosas, católicas, umbandistas, espíritas, adeptas da antroposofia, em menor expressão as evangélicas e muitas adeptas da espiritualidade da “Nova Era”, movimento a ser descrito e mais explorado no capítulo seguinte. No primeiro grupo, pouco pude apreender sobre essa questão, pois pouca abertura existia para a revelação de matrizes espirituais.

Quanto a essa pluralidade de mulheres adeptas do parto humanizado, pretendo deter-me mais a frente com mais afinco. Por ora, quero ressaltar que as quatro grandes categorias caracterizadoras também foram verificadas no segundo grupo: mulheres brancas, pertencentes às camadas médias, conveniadas a planos de saúde, letradas, conectadas à internet e dotadas de capital cultural. No tocante à classe de cada uma delas, quero salientar que, no grupo independente, talvez o recorte fosse um pouco maior ou mais nítido, mas ainda assim detido à franja média; quanto à raça, poucas mulheres negras, mas mais

estrangeiras e portadoras de traços marcadamente indígenas, geralmente estudantes da universidade da cidade.

Um aspecto que não poderia deixar de ser considerado, no entanto, é a forte presença feminina, não só por suas idealizadoras, mas também pelo enlace que pude perceber entre as mulheres, gestantes e “já paridas” daquele grupo. Nas listas de discussão e nas reuniões, embora muitos maridos estivessem presentes, destacava-se o caráter feminino. Elas, as mulheres e as coordenadoras, mais do que usuárias do sistema de saúde e fornecedoras de serviços relacionados ao parto, tornavam-se amigas, confidentes, companheiras de dilemas e de alegrias, tudo isso em meio a tanta diferença de estilo de vida, áreas de atuação e de percepção de mundo. Eu diria que quase metade delas já tinha parido naturalmente e que a outra parcela era primigesta, razão por que não raros eram os relatos e as palavras de incentivo entre umas e outras, uma postura que, de certo modo, incomodava uma das participantes das duas listas de debate, da do grupo independente e do grupo institucional.

Eu não gosto daquela lista (do grupo independente), é coisa muito de mãezinha, de mulher que tem tempo para tudo. Eu tenho mais o que fazer, tenho de ganhar dinheiro, faço o que posso. Eu gosto dessa lista (grupo institucional) porque ela é mais política. (notas de campo, out. 2009)

De fato, nos e-mails do grupo independente, pude perceber mais relatos do cotidiano, medos e inseguranças pessoais, enquanto nos do grupo institucional, as questões vinham mais norteadas pela política, sistema de saúde pública, assistência médica prestada e pela defesa dos direitos sociais.

Inserida no segundo grupo, assim como tinha ocorrido no primeiro, pude entrevistar mulheres que se dispuseram a narrar sua gestação e parto. Para isso, as coordenadoras foram de grande valia, porque apresentavam minha pesquisa, ressaltando a sua importância. Dessa maneira, de parturiente em parturiente, de gestante em gestante, de já parida em já

parida, assim como de encontro em encontro, pude construir meu diário de campo e identificar pontos a serem trabalhados nesta tese.

### **Encontro etnográfico e choque cultural**

Para entender essas práticas de outro parir, era preciso estar e ver, em seu cotidiano, “a temporalidade e a espacialidade de suas explicações” (Peirano, 2005). Por isso, meu método de pesquisa, não poderia ser outro que não o de fazer etnográfico, por me permitir partir do concreto e caminhar no sentido do abstrato, primeiro, mediante o contato-contágio e, depois, via o olhar distanciado, que aumenta a lupa e tematiza o encontrado em campo. Por causa disso, inseri-me nos grupos e passei a frequentá-los com a assiduidade de uma gestante, atenta aos seus temas, tramas e enquadramentos.

Nas reuniões dos dois grupos, havia uma rodada inicial de apresentações, oportunidade durante a qual sempre me apresentava como pesquisadora do tema, descrevendo sucintamente os objetivos de minha investigação. Percebia que meu silêncio e hábito de escrever em um caderninho despertavam nas mulheres e em seus companheiros um quê de desconforto, talvez porque estivessem falando sobre aspectos muito íntimos de suas vidas e me vissem como uma espécie de *voyeur* de sua privacidade. Depois, estranhavam o fato de minha pesquisa não dizer respeito à área da saúde propriamente catalogada, tanto que, caso ainda não me conhecessem, logo me tomavam como mais uma fisioterapeuta, psicóloga, enfermeira ou, então, por mais uma doula. Sendo assim, ao me perguntarem de onde vinha e diante da resposta de que das Ciências Humanas e Sociais, nítido era o estranhamento e estampada a incompreensão quanto aos meus propósitos. Estou segura de que as questões internas poderiam ser assim expressas: o que faz uma antropóloga aqui neste grupo? Ou então, ainda mais profundamente: mas, afinal, o que faz uma antropóloga? Essa inquietação era menos presente no primeiro grupo, já mais habituado às pesquisas científicas em razão de pertencer a um hospital escola e a uma universidade, onde a temática da pesquisa é recorrente.

Por isso, confesso que não só me sentia pouco à vontade para escrever em meu caderno de campo durante as sessões, como também para perguntar mais diretamente pelos partos, anseios e sensações, pois me parecia falta de respeito com relação aos presentes ou então uma invasão de território. Dessa maneira, criei o hábito de observar e de posteriormente pontuar minhas observações. Contudo, como foram muitos meses de observação participante, pouco a pouco minha presença foi sendo naturalizada e, assim, os casais, as gestantes e os coordenadores dos grupos chegaram a sentir e lamentar minha ausência quando, porventura, não podia comparecer. Pensando por esse prisma, posso dizer que, passado algum tempo, comecei a compor a rede de sociabilidade do grupo, sendo convidada para eventos sociais, como festas e confraternizações.

Porém, quando me dei conta disso, percebi, conjuntamente, que de estranha tinha passado a ser vista como profissional do parto humanizado e essa constatação muito me incomodou, pois pensavam que eu era ativista ou adepta do parto humanizado. Decidi, então, criar maneiras de me distanciar, de me descolar do ideário e, para isso, o silêncio tornou-se um grande aliado, pois permanecendo dessa forma, silenciosa, raramente participando dos debates, depois de aproximadamente um ano, senti-me quase invisível. Se esse era o meu sentimento, da parte dos integrantes do grupo talvez a recíproca fosse também verdadeira, quando e se considerar o pronunciado por uma das doulas na época de minha despedida do grupo independente: “vou sentir falta de você, de sua presença quase ausência, silenciosa, mas ao mesmo tempo tão agradável” (notas de campo, 2010). De incômodo passei à convivência e depois à invisibilidade. Diante disso, se tivesse de resumir meu percurso de campo, diria que, aos olhos dos grupos, de estranha, tornei-me militante da ideologia do parto humanizado e, em seguida, quase invisível.

Por outro lado, entre as gestantes, existia também um interesse ou uma curiosidade pela pesquisa. Elas me perguntavam quando ia terminar a tese, pediam para ser convidadas para a apresentação do trabalho, procuravam saber do que se tratava e quais eram minhas conclusões até o momento, quando não se acercavam dizendo querer participar do processo investigativo. Havia estímulo e curiosidade. Dispunham-se espontaneamente a conceder-me entrevistas e me indicavam outras amigas que tinham parido recentemente. Em

contrapartida, quando eu apresentava os meandros da pesquisa, principalmente quanto àquilo que diz respeito à tensão parto humanizado e feminismo, separavam-se em dois grupos: um, abruptamente, entendia que “uma coisa não tem nada a ver com a outra” (notas de campo, 2008-2009), enquanto outro cogitava “interessante, importante seu tema, maternidade e feminismos. Pode ser, mas não sei não.” (notas de campo, 2008).

Feminista, eu? Imagine! Totalmente o contrário. Eu nada vejo nada de feminismo na minha atitude, pois foi isso que me impediu de exercer a maternidade que quero e sem culpa. Hoje temos de trabalhar, de ser lindas e bem-sucedidas. E, para muitas, ter filho é um grande erro (notas de campo, set. 2009)

Eu discordo dos ismos em geral. Eu não vejo nada de feminista nos grupos nem na minha escolha (notas de campo, dez. 2008)

... o feminismo esqueceu que tem mulher que quer ser mãe, como nós. Fomos esquecidas e esmagadas (notas de campo, mar. 2009)

Contudo, o principal ponto a ser considerado quanto à percepção de cada uma delas a meu respeito era a surpresa diante do fato de eu não ser mãe. Em entrevistas e nos grupos, sempre me perguntavam se eu era mãe e como tinha sido meu parto; diante de minha resposta negativa, ora pareciam estabelecer uma barreira com a idéia de que “só quem é mãe entende, só quem vive um parto sabe o que é” (nota de campo, 2008), ora me questionavam ainda mais: “mas você pretende ter um parto humanizado?”, ou “mas você pretende ser mãe, não é mesmo?” Elas não entendiam por que eu ainda não tinha tido filhos e por que estaria interessada em estudar parto e feminismo. De alguma maneira, essa minha condição as incomodava. Pude perceber isso ainda mais intensamente quando, ao deixar os grupos, disseram-me esperar que eu voltasse, mas no estado de grávida e na qualidade de participante nativa do grupo. Confesso que, a princípio, pensei que não ser mãe pudesse ser um obstáculo e, assim, delas me distanciar; contudo, hoje, tendo a acreditar que pode ter sido um fator de estranhamento entre nós e, assim, um dos caminhos para a problematização de nossas categorias de pensamento.

Essa diferença entre nós, tanto a da não maternidade como a da teoria feminista enquanto grade de leitura de suas práticas, pode ter me ajudado a “exotizar o familiar” (Da Mata, 1978), à medida que, em outro sentido, éramos mulheres muito próximas, de uma mesma cultura, de uma sociedade e de mesma faixa etária. Segundo Velho, entretanto, essa semelhança não impede o trabalho antropológico, pois o que “vemos e encontramos pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico, mas, até certo ponto, conhecido” (1978:39). Nesse sentido, em uma mesma estrutura simbólica, podem existir tipos de desvio e de contestação que colocam em questão a escala de valores dominantes, desestabilizando aquilo que se entende por familiar e conhecido, regra ou normalidade e, assim, torna possível a pesquisa e a problematização daquilo que parece ser o mesmo, mas que não necessariamente é.

O interessante é que, se inicialmente me estranhavam e não me compreendiam, o mesmo acontecia comigo. Em campo, surpreendi-me não só com suas resistências aos feminismos, mas também como suas idéias de “nasci para parir”, de que não há problema em abandonar a carreira profissional por um tempo e de que amamentar sem restrições poderia ser prazeroso. Em outro sentido, carregava também a curiosidade de entender as razões para mulheres, em tese, independentes e instruídas, decidirem por um parto “mais natural” em tempos de cesárea e de alta tecnologia. Pensando dessa maneira, tentei entender certos pressupostos: as adeptas do parto humanizado tratavam de entender os motivos de minha presença nos grupos e da pesquisa, enquanto eu tratava de entender suas práticas de parto. E, assim, éramos, em certo sentido, “todas antropólogas” (Wagner, 2010:36).

Em campo, estive entre a distância a ser resguardada, para que não me confundissem com uma adepta do ideário, e a proximidade a ser construída e que inevitavelmente acontecia, dada a temática desta tese, o nascimento, ser *per si* um acontecimento bastante envolvente e emotivo. Era difícil permanecer distante ao escutar relatos de parto difíceis e intensos, não compartilhar das alegrias ou, então, não me solidarizar com a decepção e com a tristeza de uma mulher que tinha dado à luz de maneira insatisfatória. De fato, não foi uma tarefa fácil; foi preciso não só mediar a aproximação, diminuir a diferença que as mulheres construíam com relação a minha pessoa – uma mulher que ainda não era mãe e não tinha vivido um

parto, escrevendo sobre partos – mas também, e ainda mais, distanciar-me do contágio pelas emoções em mim geradas. Tudo isso, sem mencionar meu temor de que elas me vissem como uma espécie de porta-voz de suas demandas e idéias.

Em função disso, durante a pesquisa, dei-me conta também de que esta etnografia recairia sobre afetos, emoções e deslocamentos subjetivos, tendo em conta a necessidade de acompanhar essas mulheres em suas trajetórias, inseguranças, anseios, relações familiares e com o próprio corpo. Eu precisaria acompanhar não somente seus partos, mas seus processos de decisão por um parto “mais natural”, dilemas e ambiguidades. Assim, inspirei-me também na idéia deleuzeana de cartografia, no sentido de tentar criar um mapa de paisagens psicossociais e do acompanhamento de mundos que se desmancham e que se conformam em um processo de (re) invenção de termos e de significados (Rolnik, 1989). Por tratar-se de um mapa de seus afetos e descolamentos, tendo, então, a pensar esse encontro etnográfico também como cartográfico, como um modo de análise no qual, segundo Deleuze e Guattari (2007:22), se está:

... inteiramente voltado para uma experimentação do real. (...) O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. (...) é uma questão de performance, enquanto o decalque remete sempre a uma presumida competência.

Partindo desses pressupostos, para entender a configuração do desejo dessas mulheres, desejo entendido aqui como caos e como produtividade (Guattari e Deleuze, 1986:317) ao invés de falta e castração, e, por fim, suas práticas de parto, mapeá-las me pareceu mais adequado pelo fato de ser uma abertura para uma análise processual de percepção de seus itinerários, diferentemente do decalque que organiza, estabiliza e neutraliza as

multiplicidades, segundo determinados eixos de significância, produzindo senão ele mesmo, injetando redundâncias e, com isso, propagando-as (Deleuze e Guattari, 2007:23).

Depois de dois anos de investigação, optei por afastar-me dos grupos para escrever a tese. Por uma questão metodológica e ética, senti que precisaria me distanciar para poder escrever sem tanta influência direta dos grupos e de suas participantes, algo que inevitavelmente decorria do contato semanal. Precisava estar afastada e menos afetada para redigir as conclusões deste trabalho; entretanto, antes de fazê-lo, pedi, em ambos os grupos, uma oportunidade para apresentação sumária do que tinha percebido e tendia a problematizar nestas páginas, porque partia da premissa de que, de algum modo, eu precisava devolver àquelas mulheres o que nossa convivência tinha gerado e quais poderiam ser suas implicações. Esse meu pedido foi rapidamente aceito, e o resultado me pareceu muito importante: eu queria apresentar minhas hipóteses interpretativas e elas queriam, ansiosamente, conhecê-las. Enquanto falava sobre corpo feminino, representações de parto, sua interface com a sexualidade e a espiritualidade e, por fim, em novos modos de subjetivação femininos e maternos, tive medo de ser mal-compreendida e condenada. Porém, ao terminar, pude ouvir que concordavam com minhas impressões e que, então, puderam minimamente entender a razão de minha presença nos grupos. Disseram-me que queriam participar da apresentação da tese, de ter contato com o trabalho depois de concluído e que, por fim, agradeciam a minha presença e o desejo de realizar esse empreendimento. Disseram ainda que, somente então, puderam compreender meus objetivos e eu, de minha parte, senti que elas se sentiram por mim compreendidas.

... é como se agora eu conseguisse entender o que queria dizer antes e acho que está certa. Se for assim, cabe a história do feminismo.

... fico feliz de saber que você vai levar para a academia essa discussão, pois pelo menos o que estamos pensando terá legitimidade.

... poxa, para mim, é muito legal, pois eu me incomodava com o fato de não entenderem minha escolha de parto, pelo fato de sempre ter sido guerreira. Eu não me encontrava às vezes, pensando em mim antes e depois de grávida. Eu queria que as pessoas entendessem que queria escolher, decidir pelo meu parto, como fazia antes com relação a tudo na minha vida. Quando poderemos ler seu trabalho?

... nós não somos mulherzinhas, nem do tempo da nossa avó, mas queremos ser mães e gostar disso e de parir. O problema é que quando falamos isso para nossas amigas, parecem bicho, gente de outro mundo.

(notas de campo, mar. e abr. de 2010)

Houve uma troca, um diálogo e, em certo sentido, a extensão e a comunicação de nossos significados, traduções e percepções. Neste momento, talvez a minha não maternidade tenha finalmente perdido a expressão de barreira e de impossibilidade de compreensão e o interessante é que, nesse bojo, até mesmo as significações de feminismo parecem ter sido por elas reformuladas, uma vez que, se antes, havia uma resistência ou uma negação do movimento em geral, no decorrer da pesquisa o que parecia cristalizado, pouco a pouco, parece ter-se dissolvido, encontrando maior flexibilidade, aceitação e possibilidades de enunciação. Essa percepção, entretanto, pode ter decorrido também de minha revisão, enquanto teórica, de correntes teóricas e práticas do movimento feminista. Enfim, se uma ou outra coisa, pouco importa; o mais importante é que termos foram reconstruídos e remodelados durante o encontro etnográfico.

### **Da ausência do gueto: pluralidade entre gestantes e parturientes**

É chegado o momento de realizar uma tarefa nem um pouco tranquila: a de tentar caracterizar as mulheres que encontrei durante a pesquisa nos termos de determinados marcadores analíticos, procurando mapear com que tipos de mulheres estaria trabalhando e

que comporia o ideário do parto humanizado. Porém, primeiramente, quero ressaltar minha adesão à percepção interseccional (Brah, 2006; Crenshaw. 2002), de que a compreensão viria pautada pelo cruzamento de classe, raça, etnia e orientação sexual, quando não de tantos outros marcadores que a pesquisa indicar necessários, para que possa escapar de uma perspectiva rígida das identidades e na tentativa de pensar mais em subjetividades.

Procurei e me dediquei, sem sucesso por um bom tempo, entender quem eram as mulheres do parto humanizado: em sua maioria, se eram brancas, heterossexuais, ricas ou católicas; enfim, se existiria um padrão. Contudo, para minha surpresa, terminei constatando uma realidade bastante diferente, cujas regras sempre apresentavam pontos de escape e vozes dissonantes: se coubesse aqui uma só palavra para expressar o que pude apreender, esta seria “multiplicidade”.

As adeptas de outros modos de parir me pareceram, cada vez mais, diferentes umas das outras, tanto que, ao tentar desenhar um grupo, algo sempre escapava ao meu traçado. Dessa forma, gradativamente, os marcadores analíticos resultaram-me insuficientes e redutores de minha realidade. Em campo, encontrei mulheres brancas, negras, com ascendência oriental e indígena, porém muito mais as brancas. Delas, as negras foram menos representadas, praticamente quatro durante toda a pesquisa. Encontrei mulheres brasileiras - nordestinas, gaúchas, paulistas, mineiras e cariocas - e estrangeiras - austríacas, colombianas e francesas. Estive com mulheres casadas legalmente, juntadas, mães independentes, namoradas e noivas. Mulheres já separadas e divorciadas e outras tantas com um único casamento. Quanto à profissão, percebi executivas, advogadas, bancárias, professoras, artistas plásticas, filósofas, economistas e terapeutas holísticas; mulheres bem sucedidas profissionalmente, mulheres frustradas, mulheres que optaram por um estilo de vida mais doméstico, mulheres que alteraram sua vida profissional, desacelerando-a ou motivando-a no mercado com todo empenho e desejo de ascensão profissional. Dei-me conta de que existiam aquelas que tinham postergado a maternidade para primeiro viver a realização profissional e outras que tinham, desde muito cedo, decidido ser mãe porque assim o desejaram. Entre elas, estavam as que dependiam e não dependiam financeiramente de seus companheiros: no entanto, em sua maioria, eram mulheres estudadas, com nível de

instrução razoável, e que pouco queriam permanecer isoladas no ambiente doméstico, ou então, que dele procuravam fazer uma outra idéia e realidade, bastante distante da noção moderna de que o privado seria o espaço da privação e do apartamento público. Realidade e opção essa que, no entanto, segundo suas narrativas, nem sempre é bem compreendida socialmente,

... eu escolhi permanecer em casa por um tempo. Muitas das minhas amigas acharam um absurdo, pois sempre fui a primeira da faculdade, por ter mestrado e tudo mais. Eu tive essa possibilidade, não fui obrigada a nada. Decidi dessa maneira, porque criar os meus filhos, para mim, é uma tarefa para o mundo. É um cuidado com o mundo. Eu faço aqui, no micro, onde é minha tarefa, algo de muita importância. Tem mulher que é do macro, dos grandes movimentos. Eu sou do pequeno (notas de campo, dez. 2009)

Quanto ao estilo de vida, posso dizer que existem as urbanas e “as mais rurais”, mulheres que apreciam a vida atribulada das grandes cidades, mas também aquelas que optaram por uma casa no campo ou local mais tranquilo. Outras, ainda, que não tiveram a possibilidade de escolher um ou outro modelo de moradia por conta de seus limites financeiros. Entre elas, estão igualmente as vegetarianas, as veganas<sup>26</sup> e as “comem de tudo”, as alinhadas a uma alimentação mais saudável e as que “comem conforme o que se tem”, sugerindo a inexistência de normatividade quanto à maneira de se colocar diante do mundo ou diante de seu próprio corpo.

Se assim figuravam quanto a esse ponto da alimentação e estilo de vida, no tocante à religião, aqui a ser tratada como orientação espiritual, a *grosso modo*, também se destacou a diversidade. Conheci e entrevistei mulheres que se disseram católicas (não fervorosas), evangélicas (em expressivo menor número), umbandistas, espíritas, budistas, ateias e

---

<sup>26</sup>Vegano é o vegetariano que não come nenhum derivado animal, por isso, nem ovo e nem queijo, nada derivado do leite. É conhecido como o vegetariano mais radical.

simpatizantes da União do Vegetal<sup>27</sup>, assim como da antroposofia<sup>28</sup>. Em que pese, em algum momento, assim tenham-se deixado reconhecer o sagrado e a transcendência debatidos nos grupos, no entanto, vinham recorrentemente mais articulados ao parto e, por ele, notadamente singularizado, um aspecto de suma importância a ser trabalhado no capítulo seguinte.

Dando continuidade a essa tentativa de caracterização, entrevistei “mulheres racionais” e “mulheres intuitivas”. Encontrei mulheres adeptas da ideologia da “mãe natureza”, as “abraça shiva” e as que acreditavam em intuição e “sexto sentido”, mas também conheci “mulheres racionais” que preferiam os números, os índices e as pesquisas científicas sobre o melhor modo de parir. Elas apareceram em igualdade, ocupando a mesma proporção nos grupos e entrevistas. Outras procuravam, ainda, conjugar ambos os aspectos, sem tornar um deles o seu modo de apreender a existência.

Eu decidi pelo parto natural e em casa depois de estudar muito, de procurar cientificamente, de entender o processo racionalmente. Eu sou muito racional, não sou nada menininha. Eu li sobre hormônios, sobre contração, sobre os benefícios do parto natural para o meu corpo e do meu bebê, por isso decidi assim (notas de campo, nov. 2009)

Eu sou economista, preciso de números, quero saber dos resultados do parto natural, sobre as possibilidades, índices e margens de erro (notas de campo, set. 2008)

---

<sup>27</sup>União do vegetal: uma corrente religiosa espiritual que usa o *ayahuasca*, uma erva encontrada na região norte do Brasil, em seus rituais sagrados. Em que pese ser originária do norte, é hoje usada em rituais em todo o território nacional. É uma mistura de cristianismo, xamanismo, espiritismo e animismo. Um de seus maiores precursores foi José Gabriel da Costa, mestre Gabriel, que faleceu em 1971.

<sup>28</sup>Por antroposofia entende-se a filosofia concebida pelo alemão Rudolf Steiner (1925), na Europa moderna. É denominada uma ciência espiritual, não podendo ser entendida somente como uma religião. Procurando conciliar a fé e a ciência, articula-se e se faz prática na pedagogia (Escolas Waldorf), na farmácia (no Brasil, medicamentos Wellela), na agricultura (biodinâmica) e em expressões artísticas, como arquitetura. O Brasil conta com um grande número de adeptos da antroposofia e muitas das entrevistadas e observadas neste trabalho partilhavam de suas premissas e propostas.

Mas tem também as abraça shiva, aquelas mulheres que tudo sentem, que tudo intuem e que querem um parto natural a todo custo (notas de campo, abr. 2008)

No meu parto, pude conjugar a racionalidade perdida em nossos tempos com um lado mais bicho, mais intuitivo (notas de campo, set. 2008)

Os grupos contavam com “mães de primeira viagem” e com as “já paridas”, gestantes com parto natural ou cesárea anteriores. Havia mulheres satisfeitas e insatisfeitas com suas experiências anteriores de parturição. De modo geral, eram mulheres de aproximadamente 30 anos, embora existissem outras, entre os 20 e os 40 anos. Essa constatação talvez explique por que muitas das participantes se anunciavam satisfeitas profissionalmente; talvez por terem optado pela carreira e dela dado conta inicialmente, para depois experimentar a maternidade.

Essas foram minhas tentativas frustradas de unificá-las. No entanto, pouco a pouco, outros aspectos despontaram como linhas que as conectavam. Inicialmente, percebi que todas portavam a escrita, a capacidade de bem escrever, já que se comunicavam pela internet e mediante a troca de correios eletrônicos. E, de fato, a maioria tinha tido notícia do parto humanizado ou por uma amiga ou pela internet, por meio de *sites*, *blogs* e reportagens. O mundo *cyber* parecia operar como difusor e aglutinador de adeptas de outros modos de parir e, somado ao letramento e ao acesso ao mundo digital, vinha também um “capital cultural” ou “capital crítico”, no sentido da existência de uma postura crítica perante o sistema de saúde do país, modelo médico, sistema político e resguardo dos direitos sociais e individuais. Essa inferência, não obstante, não parece resvalar em uma filiação partidária ou determinado grau de instrução, mas muito mais para uma tendência maior à resistência do controle dos corpos e de suas práticas ou, no limite, em uma coragem de indagar e questionar determinados tipos de práticas. Essas mulheres, via de regra, duvidavam de pontos de vistas exteriores, buscando construir uma percepção própria a respeito de

determinados temas e, para isso, procuravam capacitar-se sobre o assunto mediante leituras e cursos.

É certo que essas ponderações despontaram de modo nuançado, ou seja, mais presentes em algumas, menos em outras. Existiam as mais apáticas e as menos apáticas, em que pese isso não parecer decorrer do grau de instrução portado, já que, nos grupos, identifiquei graduadas, pós-graduadas e mulheres com ensino médio e técnico. Existe mais a preponderância da reflexão, de uma tomada de consciência mais afeita às próprias necessidades e esse parece ser o ponto em comum. Entretanto, há de se dizer que, ainda assim, predominaram as mulheres com grau universitário.

Essa capacidade de escrita, acesso à internet e “capital crítico” não poderiam deixar de ser considerados a partir de um tipo de pertencimento a uma determinada classe social. Entretanto, gostaria de tratar a questão de modo mais suavizado, menos estanque em termos de classe a, b ou c, tentando assim ampliar o espectro de compreensão do assunto. Em campo, encontrei mulheres capazes de custear um plano de saúde, mulheres e casais que fizeram empréstimo bancário e venderam o carro para custear um parto domiciliar, mas também outras tantas que não puderam fazê-lo porque não tinham poder aquisitivo para tanto. De fato, não conheci mulheres que estivessem enfrentando sérias dificuldades financeiras, mas me deparei com poucas em uma situação bastante confortável, razão por que tendo a trabalhar com a noção de camadas médias, que comporta graus e nuances de poder aquisitivo e de posição social.

Uma vez considerado outro denominador comum, conectado com essa questão das camadas médias, deparei que eram conveniadas de planos de saúde privados. Nos grupos, praticamente todas as gestantes tinham seguro saúde, realizavam o pré-natal com seus médicos particulares e, posteriormente, optavam por um parto domiciliar custeado com recursos próprios, pariam nos hospitais do convênio ou, então, orientavam-se para a instituição pública do grupo institucional para dar à luz conforme a filosofia do parto de cócoras. Desse modo, em termos de caracterização das mulheres encontradas durante a pesquisa, concluiria pela diversidade com certos denominadores comuns. Essa constatação,

segundo uma das entrevistadas, revelaria que o assunto teria deixado de pertencer a um gueto ou a um nicho de mulheres, o das naturebas, das ecológicas e das neohippies, e que estaria conquistando adeptas diferentes, algo, em seu entender, “muito interessante, porque a questão deixa de ser um modismo para ser uma questão de saúde pública” (notas de campo, dez. 2008).

É muito bom ser plural, assim não fica coisa de bicho grilo ou de hippie, deixa de ser uma moda ou algo que deva acontecer para um determinado tipo de mulher (notas, dez. 2008)

... no grupo do coletivo eu vi mulher de tudo quanto é tipo, com algumas eu me identificava, com outras nem tanto. Encontrei mulheres muito diferentes, com jeitos de diferente de se vestir e de falar, tudo mais. Mas foi interessante (Veridiana, dez. 2009)

### **Escuta flutuante: mulheres e trajetórias de parto**

Para além da pesquisa nos grupos, realizei entrevistas com algumas de suas participantes. Na realidade, mais do que entrevistas, foram conversas abertas, sem questões agendadas e pré-determinadas. Em sua maioria, ocorreram em suas residências, o que me permitiu mais tempo, maior contato e, portanto, um diálogo mais profundo. Em alguns casos, os maridos participaram e existiram reconstituições geográficas e imagéticas do trabalho de parto. Em minha opinião, esta foi uma das entradas da pesquisa de campo que mais me rendeu pontos para a problematização, à medida que pude ter acesso a algumas reconstituições de parto. Para isso, contudo, a inserção nos grupos foi fundamental. Os nomes e dados das entrevistadas foram trocados devido a um compromisso assumido com as próprias mulheres e casais, tanto para resguardar a privacidade de cada um quanto para evitar qualquer desconforto proveniente da exposição de suas críticas a determinados modelos de atenção ao nascimento.

Embora muito diferentes entre elas e em suas histórias de parto, com o caminhar da pesquisa pude perceber a existência de dois grandes grupos: o de mulheres que tinham uma cesárea ou um parto insatisfatório anteriores ao parto mais natural e outras que nunca tinham dado à luz. Para as primeiras, a cesárea ou o parto negado figurava como um “trauma”, uma cicatriz e mola propulsora para outros modelos de parto; para as segundas, o parto mais natural, por questões diversas a serem exploradas, parecia ser de antemão o melhor meio de parir. Por esse motivo, as separei nesses dois grandes grupos, resguardando as particularidades de cada caso, porém ressaltando, desde já, que a descrição dos casos será bastante breve porque pretendo apontar mais para suas principais características do que tornar sua descrição exaustiva.

### **Parto natural como superação**

- Ana, branca, 30 anos, camada média baixa, artista e “juntada”. Primeiro parto de cócoras em hospital e segundo parto em casa e desassistido.

Neste caso, o que mais se destaca é a questão do parto desassistido e a opção por parir em casa. Ela, uma mulher de vida “alternativa”, adepta da reciclagem caseira, homeopatia, medicina chinesa e vegetarianismo, depois de uma experiência “traumática” no primeiro parto, decidiu parir de outro modo na segunda gestação. Em sua primeira experiência, um parto hospitalar de cócoras sem medicalização, em razão de a criança ter nascido prematura; mãe e filha permaneceram separadas por dias.

Eu sabia que minha filha estava bem, que ela tinha saúde, mas os médicos não aceitavam isso.

Essa separação e a impossibilidade de amamentar, posto que a menina permaneceu internada na UTI neonatal, somadas à autoridade e à distância dos médicos do hospital, contribuíram para que essa mulher desejasse um outro modo de dar à luz.

Eu não queria ser separada de minha filha novamente, por isso tomei essa decisão.

Pariu pela segunda vez em sua casa e acompanhada somente do marido. Segundo o casal, eles tinham-se preparado para tanto e não sentiram medo ou insegurança no momento, pois já tinham uma relação muito profunda com o próprio corpo por causa da profissão, já que ambos eram atores. Ela pariu sobre a cama, realizando os movimentos que tinha aprendido nas aulas de ioga, e o marido foi o responsável pelo corte do cordão umbilical. Esse foi o único momento em que sentiram insegurança e recorreram ao saber médico científico mais diretamente, porque decidiram perguntar ao clínico como proceder. Segundo ela, o preparo com aulas de ioga, no grupo de preparação para o parto e a troca com amigas que já tinham vivido essa experiência foram essenciais para que tivessem vivido e conduzido a situação dessa maneira. Passados alguns dias, enterraram a placenta no quintal de sua casa para que o órgão pudesse representar o nascimento da segunda criança.

Ela chegou com um olhar estranho e disse que seria naquele dia.

Eu me lembro dela dizendo: acho que é hoje. (o marido)

Eu segurei minha filha com minhas mãos assim que ela nascia. Eu participei do parto. (o marido)

Eu sabia que podia parir. Nós sabíamos que tudo daria certo. E ficamos tranquilos (Ana)

(notas de campo, abril de 2008)

Desse caso, pude depreender que a relação com a medicina persiste, ainda que em casos extremos, como esse de um parto desassistido, pois, quando precisaram, recorreram ao médico, a fim de buscar informação de como seria um trabalho de parto e de contar com a possibilidade de ter de ir a um hospital próximo de sua casa, caso fosse necessário. Dessa maneira, pensar no parto humanizado não implicou necessariamente negar o saber científico; de outra parte, é digno de atenção o contato e a confiança que essa mulher tinha com o próprio corpo, ao ponto de nele acreditar e decidir parir sozinha, distanciada do medo e da insegurança presentes em muitas de outras narrativas femininas de parto. Além

disso, constatei tratar-se de um casal bastante próximo do descrito nas etnografias anteriores sobre o parto humanizado (SALEM, 1987, SOUZA, 2002 e TORNQUIST, 2004), a saber, influenciados por um estilo de vida mais natural, ecológico e por doutrinas espiritualistas orientais. Por último, vale ressaltar que o parto desassistido no interior do movimento da humanização causa tanto admiração, pela coragem e crença pessoal, quanto insegurança, pois pode ser considerado arriscado e perigoso. Para essa mulher em questão, parir de outro modo era importante para evitar o distanciamento gerado pela medicina e porque confiava, antes e muito mais, em si mesma do que na palavra médica. Nesse sentido, parir “mais naturalmente” sempre foi sua opção devido ao seu estilo de vida, mais condizente com a sua trajetória e a de seu companheiro.

- Fátima, branca, 32 anos, camada média baixa, professora de ioga e casada. Primeiro parto vaginal hospitalar, segundo parto na água em consultório médico e terceiro parto em casa, assistido de médico.

Este caso retrata uma mulher “mais intelectual” e pouco preocupada com gestação e parto que, depois de uma experiência hospitalar “traumática”, reorientou não somente a sua visão sobre o nascimento, mas também a sua atuação profissional e o modo de se relacionar com a maternidade.

... eu vinha de uma família de mulheres muito para fora, intelectuais, quase não se falava sobre parto, maternidade e gestação.

Em razão de um parto hospitalar com todas as intervenções médicas de rotina, de uma sensação de muita solidão, desamparo e descaso da equipe médica, decidi investigar outros modos de parir. Segundo ela, era como se não tivesse dado à luz no primeiro parto, como se não tivesse participado.

Eu cheguei já me raspavam os pelos e me deram a camisola. Fiquei sozinha, porque meu marido não podia entrar na sala. Fiquei lá

horas e horas, rezando, porque sentia muita dor, e as enfermeiras tinham dó de mim. Elas me diziam: coitada! Para que sofrer dessa maneira? Que médica louca! Peça anestesia! Pobre moça! Você está louca?

... quando minha filha nasceu, eu estava com as pernas amarradas, não sentia nada, não sabia o que tinha acontecido e estava num ambiente frio e cheio de luz.

Essas sensações e sentimentos parecem ter contribuído para que buscasse conhecer o discurso parto humanizado. Por isso, na segunda gestação, contratou uma doula e profissionais adeptos do parto mais natural, procurou envolver o marido em sua decisão e buscou se preparar física e psiquicamente, para não repetir o parto hospitalar do primeiro filho. O segundo parto aconteceu na água, em consultório médico, e o terceiro em casa e assistido pelo mesmo médico. Toda sua família participou do último parto, seus filhos e marido estavam presentes e acompanharam o processo de nascimento de sua filha.

... eu me senti protagonista do meu parto (o domiciliar), eu estava mais ativa, com força e consciente de tudo o que se passava, tudo muito diferente dos anteriores. (notas de campo, mar. de 2008)

Segundo suas palavras, depois dos partos naturais, passaria a ter outro significado a sua relação com a maternidade e com o feminino, aceitando-os e dando-lhes outros contornos, teria deixado de ser “tão intelectual e tão para fora”, reorientando-se mais para o próprio corpo e afetos. Suas experiências fizeram também com que reorientasse sua atividade profissional, tornando-se professora de ioga e doula.

Em seu caso, também percebemos a presença da medicina, ainda que tenha sido mais afeita ao parto humanizado. Dessa forma, pode-se perceber mais uma vez a inexistência da negação ou ruptura com o saber médico tradicional. Se escolheu um parto domiciliar no primeiro caso, em razão de desconhecer o assunto e prática hospitalar, nos partos subsequentes acredita ter procurado participar e ter sentido o parto “por si mesma”.

- Luisa, branca, 43 anos, camada média alta, médica e casada. Primeiro parto, uma cesárea, segundo e terceiro partos em casa e assistidos por parteira urbana.

Neste relato, notável parece ser a mudança de paradigma experimentada pela mulher. Ela, uma médica, teve um primeiro parto cesáreo, pois acreditava ser o “normal”, “como tinha aprendido na universidade”. Queria parir deitada e com anestesia, como tinha aprendido ser o modo adequado, pois nunca tinha escutado nada sobre parto humanizado. Porém, pouco a pouco, a frustração que sentiu em seu pós-parto foi caracterizada como insatisfação com a primeira experiência – com a cesárea. Passou a pesquisar sobre o assunto e, com o auxílio de uma amiga, chegou a uma lista de discussão sobre parto humanizado. Esse teria sido o começo de uma ruptura com a medicina tradicional.

Eu achava parto sem anestesia uma loucura. Mulher sem anestesia é aquela que esperneia, é a que todo mundo grita com ela, que é amarrada na cama. Por isso, eu queria mais era apagar e acordar no dia seguinte.

Quando os amigos perguntavam do parto, eu dizia que o bebê tinha sido preguiçoso, por isso tinha sido cesárea. Mas, no fundo, no fundo, sentia-me no mesmo balaio das mulheres que marcam cesárea com mapa astral ou por conta do cabeleireiro.

Grávida pela segunda vez, ao encontrar dificuldades para parir naturalmente pelo fato de os médicos entenderem ser um procedimento arriscado, optou por uma parteira urbana, uma das poucas figuras que realiza parto vaginal pós-cesariana no Estado em que reside. Em que pese o marido ter sido contra inicialmente, deu à luz em casa, depois de 30 horas de trabalho de parto. Para ela, o segundo parto foi “psicanalítico”, pois tivera de resolver seus fantasmas internos e de reorientar sua perspectiva da própria profissão. O terceiro parto também aconteceu em casa, mas “foi muito rápido, pois já tinha elaborado tudo”.

... meu marido dizia que eu queria um parto neolítico, mas eu disse que ele não tinha opção, que ia parir em casa. O filho é nosso, mas

enquanto não nascer é meu, é o meu corpo. Se quiser estar junto, maravilha, se não...

O humanizado vem do antônimo, contra a desumanização, porque somos atendidas desumanizadamente no hospital. No modelo hospitalar, a paciente é muito maltratada, enfermeira bruta, palavras. No hospital público, todo mundo implora por cesárea, porque ela sente que está sendo salva, cuidada de um parto indigno. Um parto limpinho. E uma mulher de classe média alta não se dispõe a passar por parto natural, porque se sente ofendida.

... mas a responsabilidade também é da mulher, ela precisa querer parir de outro modo. De nada adianta ficar lamentando depois, pois quando o médico diz uma coisa, elas geralmente logo acreditam.

(notas de campo, maio de 2008)

Destaca-se aqui a gratidão à sua primeira cesárea. Em seu entender, por ter vivido o primeiro parto dessa maneira, pôde romper com uma visão e experimentar a parturição de outra forma. Nesse sentido, em vez de se sentir vítima da medicina, sentia-se corresponsável pelo procedimento e creditava a ele a possibilidade de inovação. Essa mulher, depois de três partos, atua como profissional da humanização da saúde, coordenando um grupo de preparo para o parto humanizado, participa de seminários, congressos e debates. Ela parece ter reorientado sua vida profissional, como também ocorreu no caso anterior. Para ela, parir no hospital era o acertado, mas depois da decepção e da insatisfação consigo mesma, optara por outros modos de parir por entender que só assim teria acesso ao que essa experiência pode singularmente permitir. Além disso, interessante também parece ser a aliança entre a medicina tradicional, de onde ela provinha, e a medicina “doce” ou “alternativa”, praticada pela parteira que a assistiu.

- Fernanda, mestiça, médica, 36 anos, camada média alta e casada. Primeiro parto, cesáreo; segundo, domiciliar e assistido por médico.

Este caso carrega grandes semelhanças com o que o antecede. Trata-se de uma médica que, tendo vivido uma cesárea, tivera um quadro de depressão ainda mais grave do que a anterior, e que a levou a afastar-se da própria medicina. No primeiro parto, condicionada pela medicina que exercia, acreditava na alopatia e no parto como procedimento de risco e “não algo natural”.

Eu estava envolvida com um ambiente medicalizado e com a tecnologia, no qual gravidez é risco e não natural, e em que parto é procedimento, não um evento patológico.

No entanto, frustrada e tendo-se interessado posteriormente pela filosofia de Rudolf Steiner, passou a se orientar pela “medicina doce”, homeopatia e biodinâmica, terminando nas listas *cyber* sobre parto humanizado, como também havia acontecido com Luisa.

... um dia acordei e tinha uma criança nos braços, tudo muito rápido e inexplicável. O parto é importante porque é um ritual de passagem, pelo menos a antroposofia entende assim e tendo a concordar, porque me sentia mal.

... puxa vida! Eu podia ter esperado. Ele foi retirado da minha barriga, não era hora de nascer, ele não tinha dado nenhum sinal.

Eu sentia vergonha de assumir que tinha errado, pois tinha condições de saber que aquela cesárea não era necessária. Grávida novamente, decidi por um grupo para preparar-se e procurou por um médico adepto da humanização. Depois do parto em casa, acredita ter obtido outro significado da primeira gestação e uma nova forma de relacionamento com sua primeira filha, em uma espécie de nova elaboração do passado. De alguma maneira, a antroposofia parece ser aqui a grande entrada para a percepção de sua insatisfação e para a tentativa de superação da cesárea. Sua placenta também foi enterrada no quintal da residência do casal, debaixo de uma muda de árvore presenteada por sua avó.

Pelo menos, agora posso dizer que não vou morrer sem ter parido; depois do parto em casa, minha sexualidade e meu corpo mudaram.

E até mesmo a minha relação com a minha primeira filha. Parece que sou mais mulher.

(notas de campo, junho de 2008)

Vale ressaltar que, depois do parto domiciliar, essa mulher retomou o exercício da obstetrícia “de maneira humanizada”. Esse relato trouxe à tona, além da mudança de paradigmas quanto à medicina, as transformações também relacionadas ao corpo e à sexualidade, a importância da espiritualidade, do desejo de protagonismo feminino e do exercício de uma outra medicina, ainda que no interior do paradigma das medicinas duras. Para essa mulher, parir em casa fez com que adquirisse um conhecimento do próprio corpo e de sua sexualidade que até então desconhecia, fez com que sentisse o próprio corpo, suas habilidades e capacidades, tendo, para isso, descortinado pudores e receios quanto os seus órgãos sexuais.

- Carolina, branca, 40 anos, enfermeira, camada média e casada. Primeiro parto, cesáreo; segundo, o vaginal medicalizado.

Neste caso, eu destacaria a atividade feminina e a possibilidade do luto se tornar movimento em prol de outras mulheres. Trata-se de mais uma mulher, assim como tantas outras, que passou por uma cesárea sem indagar sua indicação e que, depois, viveu sentimentos difíceis de serem explicados, desde a tristeza até a depressão. Em seu caso, o sentimento foi de indignação e de raiva. Depois do nascimento de seu primeiro filho, soube, por meio de uma reportagem, dos altos números de cesáreas no Brasil e passou a questionar a sua própria cirurgia. Decidida a realizar alguma coisa e grávida novamente, optou por um segundo parto natural hospitalar que, embora tenha contado com todas as intervenções de praxe, é por ela considerado bastante satisfatório.

... fui atropelada por sentimentos como raiva, ressentimento e decepção, por não ter percebido na primeira gravidez o que poderia acontecer, que podia terminar numa cesárea. Decidi, então, colocar

a boca no trombone e contar ao mundo o que tinha acontecido no meu parto.

Por isso comecei a trabalhar com mulheres, para que elas soubessem da cesárea de rotina e pudessem escolher outra coisa (notas de campo, maio de 2008)

Pede atenção o fato de essa mulher também não ter-se vitimizado e de ter canalizado a raiva para algo produtivo. Ela é uma das responsáveis pela criação de espaços de mulheres para o debate sobre o parto, pois contribuiu para a criação de um dos primeiros *sites* brasileiros sobre parto mais natural. Pode-se dizer que ela é um dos expoentes do movimento brasileiro de mulheres (“usuárias”) por um parto humanizado. De maneira semelhante às anteriores, também se engajou no tema como doula e coordenadora de grupos e listas de debate, mas de maneira dirigida à difusão de informação para outras mulheres, para as consumidoras e não enquanto médica. Por isso, vislumbro aqui uma eventual conexão entre o movimento de mulheres, ativismo social e experiências pessoais de parturição.

- Roberta, mestiça, doula, 22 anos, casada e camada média baixa. Primeiro parto, vaginal hospitalar; segundo, domiciliar e assistido de parteira urbana.

Este caso pede atenção para a diferença etária da entrevistada e sugere que a opção por um parto “mais natural” estaria aliada a outros pontos diferentes da maturidade física ou existencial, mas a partir das experiências pessoais. Se, até aqui, preponderara a faixa etária das mulheres de 30 anos, essa situação foge à regra, indicando outras possibilidades. Vinda de um parto vaginal hospitalar aos 15 anos, essa mulher decidiu, para o segundo parto, o domiciliar, a fim de não se sentir sozinha, desamparada e insegura.

Foi tudo muito rude. Eu chorava muito porque estava sozinha na sala de parto e pouco sabia o que estava acontecendo (primeiro parto).

... muitas mulheres nem sabem o que acontece, ficam sozinhas, com dor, chorando, pedindo ajuda, mas nada acontece. (notas de campo, dez. 2009)

Fundamental para essa escolha teria sido o trabalho voluntário que realizou como doula em um hospital público da capital, quando, durante meses, auxiliou outras parturientes emocionalmente e tomou contato com o ideário do parto humanizado. Quando engravidou novamente, conhecendo a rotina dos hospitais, optou por uma parteira urbana, bastante conhecida no cenário da humanização.

Em que pese ser bastante jovem, parece encarar a maternidade com bastante segurança e tranquilidade, certa de que quer exercê-la e cultivá-la. Um ponto aqui a ser ressaltado é que, como em um dos casos anteriores, carrega a sensação de que a primeira maternidade sofreu uma reinvenção depois do segundo parto, pois sua mãe havia ocupado o lugar de mãe de sua primeira filha por muito tempo, situação que ter-se-ia transformado depois da segunda criança ter nascido em casa, do modo como havia desejado. Essa jovem nunca cogitou um parto que não fosse natural, pois advinha de uma família influenciada pelo movimento hippie e tinha crescido em comunidades alternativas. Entretanto, na segunda gestação, quis a casa e a parteira para escapar do desamparo vivenciado e assistido nos hospitais. Por último, salientaria ainda mais uma vez o desejo de trabalhar com o tema, à medida que quer atuar como doula e auxiliar outras mulheres que estejam para dar à luz.

De outro lado, também não posso deixar de problematizar a diferença que pode existir entre uma maternidade planejada e uma não planejada. No primeiro caso, uma maternidade adolescente trouxera insegurança e insatisfação, um sentimento de não tê-la exercido; no segundo caso, a esperada, revelou a satisfação em seu exercício. Embora muito jovem, salientou recorrentemente o prazer de ser mãe sem ter de, para isso, abdicar de suas atividades cotidianas ou de privar-se de realização profissional e pessoal.

- Monica, branca, psicóloga, 31 anos, casada e camada média. Primeiro parto, cesáreo; segundo, domiciliar e assistido por médico.

Este caso é um contraponto dos anteriores porque, para essa mulher, o parto mais natural era uma coisa quase que óbvia, devido a sua trajetória geracional. Por vir de uma família de “parideiras”, acreditava que daria à luz sem nenhuma complicação. Por isso, nele, o excesso de confiança foi a mola propulsora para mudanças. Para ela, a cesárea nunca aconteceria, mas aconteceu.

... eu tinha tanta certeza do parto natural, que nunca falamos sobre cesárea. Eu não tinha nenhum problema com anestesia ou outro procedimento, mas menos cesárea.

Percebi que o médico estava um pouco preocupado com o avançar da hora, mas não da dilatação do colo. Ele decidiu estourar a bolsa e fazer uma manobra com a mão para remover o restante do colo, mas não adiantou. Quando ele disse que teria que ser por cima, fiquei desorientada, chorei, meu marido chorou, minha mãe chorou. Mas meu marido me dizia para aceitar.

Para mim, parir naquele hospital era perfeito, minha filha nasceu bem e se recuperou bem, mas eu não.

Depois de ter enfrentado um “baby blues”, uma depressão moderada, e ter concluído que a cesárea não tinha sido, de fato, necessária, optou, aconselhada por uma amiga, por um segundo parto em casa, para evitar o que podia acontecer no hospital, ou seja, uma nova cesárea. Para todo esse processo, disse ter sido preciso descobrir que não poderia mais tentar controlar o que aconteceria, abandonar a confiança que tinha caído por terra com a primeira cesárea e simplesmente experimentar, “deixar acontecer”. Ela, então, diz ter optado por outro tempo, que não o do hospital.

Eu não me permitia ficar triste, pois minha filha estava bem, tinha nascido bem. Era como se eu não pudesse lamentar a cesárea.

Eu me perguntei o que teria acontecido se não tivesse feito a cesárea e minha mãe e meu marido responderam: teria nascido! Naquele dia, decidi que daria à luz em casa dessa vez, pois todos pensavam a mesma coisa que eu há algum tempo.

O que aconteceu no hospital aconteceu de novo, meu trabalho de parto parou. Mas eu estava em casa e não queria saber quem ia fazer o meu trabalho de parto. Eu me sentia segura.

Para mim, o parto em casa foi importante enquanto mulher, para não desistir diante dos obstáculos, para seguir até o fim, enquanto pessoa e ser humano.

(notas de campo, dezembro de 2009)

Ela, assim como quase todas as outras, passou a trabalhar com mulheres e parto, mas, diferentemente, de modo concentrado no pós-parto, porque acredita ser de fundamental importância uma rede de sociabilidade entre as mães no início do exercício da maternidade. Um aspecto interessante e diferente do apontado pelos relatos anteriores é que, segundo ela, não é o tipo de parto que determina a maternidade. Em sua leitura, “parto não é mãezmetro”. Nesse sentido, a maternidade seria uma construção diária que independe de como a mulher pariu. Por isso, dissera não ter tido dificuldades de maternar a primeira filha, nascida de uma cesárea, um parto que não esperava e não desejava. Em sua leitura, o parto domiciliar viera mais por uma questão pessoal, dela enquanto mulher, como uma possibilidade de superar obstáculos e sentir-se mais forte, “terminando algo”. Dessa maneira, o parto aparece descolado ou, no limite, não tão implicado ao bebê, mas muito mais a uma vivência e necessidade da própria mulher, com seu corpo e seus limites, ângulo esse que, ainda que em outros moldes, também apareceu nos relatos anteriores. Sendo assim, sua escolha pelo parto humanizado foi devido a uma cesárea mal-digerida, ao excesso de confiança e de controle que depois se tornaram uma questão pessoal e de uma elaboração existencial.

- Goreti, mestiça, artesã, 25 anos, “juntada” e camada média baixa. Primeiro parto, vaginal hospitalar; segundo, domiciliar desassistido.

Nesta entrevista, um dos aspectos de maior importância são as consequências de uma relação de gênero desequilibrada, os encontros, os desencontros e as situações de subjugação entre masculino e feminino. Para essa mulher, essa questão atuou como fio condutor da escolha de um determinado tipo de parto, ainda que tenha vindo aliada também a uma questão financeira – aqui, a ausência de dinheiro. Essa mulher também partiu do pressuposto de que pariria como sua avó, que “teve 12 filhos em casa”, reaparecendo o aspecto transgeracional ou matrilinear da credibilidade e da capacidade para parir.

Ela teve seu primeiro filho no hospital e de cócoras, mas queria tê-lo em casa e não tivera condições financeiras para custear a parteira ou o médico. Para ela, porém, em que pese o parto ter sido satisfatório, a questão era mais de fundo e dizia respeito à dor e ao sofrimento psíquico experimentado durante a gestação e o parto, algo que acredita ter conseguido revisitar na segunda gestação, quando tivera um parto domiciliar.

... uma médica estourou a bolsa para acelerar o trabalho de parto e quando isso aconteceu senti um dor animal e gritei pela anestesia. Parecia que ia me rachar ao meio, que eu ia morrer. Eu tive uma laceração muito forte. Foi lindo, mas horroroso. Estava cansada, com fome e tinha muito sangue.

Para mim, a gestação foi uma volta ao passado, para minhas feridas. Eu chorava muito quando soube que estava grávida de um homem, pois minha relação com o masculino sempre foi muito conturbada. Eu odiava os homens. Eu precisei recordar minha infância e minha adolescência e tudo o que ali tinha vivido, toda a violência que tinha suportado. Minha gestação foi muito solitária, de muito sofrimento e de muita dor.

Eu não conseguia me imaginar parindo, tinha medo, pois perderia o controle do meu corpo, não poderia resguardá-lo.

Eu me senti muito estranha tocada por um homem que nem me conhecia no pré-natal. Foi desagradável e me dei conta de que no hospital tinha gente doente e que eu queria dar à luz num lugar agradável, de saúde.

Ela temia sentir a dor que tinha experimentado no primeiro parto, temia a invasão de seu corpo por estranhos – os médicos, pessoas desconhecidas - e temia a relação com o masculino, assim como quanto ao feminino que colocaria no mundo com o segundo nascimento, temia expor sua filha ao masculino. Para superar isso, decidiu se informar e parir sozinha, distante da ameaça de que tudo acontecesse novamente, de que a dor e o medo fossem insuportáveis.

Na segunda gestação, tinha medo de sentir aquela dor novamente e isso me atormentava muito. Uma amiga doula me ajudou, me passou livros e filmes sobre parto.

Quando descobri que ia parir uma menina, fiquei em pânico, pois iria colocar uma menina no mundo e não sabia como protegê-la do mal que os homens poderiam fazer a ela.

Eu não tinha dinheiro para pagar uma parteira ou um médico, então decidi parir sozinha. Eu e meu marido. Uma amiga doula me ajudou e estive aqui na hora.

Sentada na banqueta de parto, vi sangue no chão, passei a mão na vagina e vi que minha filha estava nascendo. Voltei para banheira e com algumas contrações e pernas bambas, ela nasceu.

Estava toda quebrada, mas muito feliz pela experiência. Eu nem tive quarentena, já estava limpando, lavando e cozinhando.

(notas de campo, dez. 2009)

O medo de parir um homem, “possível agressor”, e depois o de parir uma mulher, “uma vítima em potencial”, precisaram ser revividos para que essa mulher entendesse a dor, a necessidade de controle de seu corpo e a faculdade de experimentar um parto que não fosse uma experiência dolorosa. Ela queria “criar um homem para as mulheres” e “uma mulher que tivesse força para evitar a possível agressão e o abuso”. Esses teriam sido seus propósitos ao gestar e ao parir e, dessa maneira, dar à luz naturalmente parece ter sido um caminho para elaborar o seu passado e sua sexualidade. Uma dor insuportável no primeiro parto teria, então, dado ensejo à determinação para parir em casa e sozinha, pois não tinha como arcar com as despesas de um parto assistido por médicos ou parteiras.

Toda sua história foi depois transposta para um *blog*, com o objetivo de que outras mulheres pudessem conhecê-la e sentirem-se apoiadas em suas escolhas de um parto mais natural e em casa. Ela decidiu trabalhar com outras mulheres, ajudando-as a explorar a própria sexualidade e as relações que envolvem violência de gênero.

- Iara, branca, fonoaudióloga, 34 anos, casada e camada média. Primeiro parto, cesáreo; segundo, natural hospitalar.

Este é um caso de parto natural hospitalar de gêmeos, por isso outra não poderia ser a sua razão de destaque, principalmente por tratar-se de gêmeos depois de uma cesárea mal-elaborada e feita em uma mulher com dilatação total. Um parto gemelar, por si só, já inspira cuidados para a medicina tradicional e muito mais se ainda antecedido de uma cesárea. Essa mulher, assim como muitas das anteriores, carregava sofrimento por não ter parido naturalmente da primeira vez, via-se inconformada e não aceitava o procedimento.

... a cesárea é uma ferida na alma.

Ela sabia que, grávida de gêmeos, precisaria parir no hospital, muito embora o seu maior desejo fosse um parto em casa. Decidiu parir no hospital com uma equipe própria, médica, doula e uma parteira urbana. Existiu, nesse caso, um desejo de superação, que parece ter rompido duplamente com medos e inseguranças. Sua história ecoou no grupo de preparo

com uma grande conquista, um grande feito, depois de uma cesárea e por ser gêmeos. Por esse motivo, tornou-se uma espécie de ícone para o grupo, uma mulher duplamente digna de admiração por sua coragem.

O meu segundo parto foi o renascimento de uma menina, de uma mulher e duas novas crianças.

Para viver essa experiência, a mulher tem dois caminhos: um para dentro e um para fora; o para fora, é conhecer os profissionais e se informar, enquanto o para dentro é um mergulho pessoal, nas dores e nas angústias. Parto bonito é uma viagem para passar pelas dores.  
(notas de campo, mar. 2010)

O interessante é que desde que iniciei a pesquisa etnográfica, essa mulher já frequentava os encontros do grupo independente; mesmo sem estar grávida, parecia precisar estar entre mulheres grávidas, compartilhar de sua frustração e envolver-se com o tema, para poder superar o por ela sentido. Em razão disso, quando soube que estava grávida de gêmeos, demonstrou extrema felicidade em poder reelaborar o vivenciado em seu primeiro parto.

- Filomena, branca, médica, 35 anos, casada e camada média alta. Dois primeiros partos cesáreos e último, domiciliar e assistido por parteira.

Essa é a história de uma mulher que, mesmo com duas cesáreas prévias, decidiu por um último parto domiciliar. Uma médica que, como as anteriores, “vinha condicionada” à idéia de que parto correto é o que acontece no hospital e que, por isso, acabou concordando com duas indicações de cesárea, uma depois de indução infrutífera e outra porque o “bebê estava alto demais”. Essa história parece se repetir também com relação à depressão, que, em seu caso, quase a fez desistir de ter mais filhos.

Grávida novamente, decidiu ter um parto em casa, tendo sido para isso muito importante o contato com outros relatos de parto e o pedido do marido. Essa teria sido a razão para ter

dado seu testemunho no grupo, para que outras mulheres pudessem saber que nem sempre vale o “uma vez cesárea, sempre cesárea” da médica tradicional e repetido pelos médicos em consultas de pré-natal. Há de se destacar que, em sua leitura, foi preciso desfazer-se do conhecimento médico e apropriar-se do conhecimento feminino para, então, poder superar as cesáreas mal digeridas.

Meu marido foi o primeiro a sugerir parto domiciliar porque disse que não me queria mais ver sofrer.

Foi difícil encontrar um profissional que topasse fazer o parto em casa. Eu precisei ler muito relato de parto para realmente decidir. Eu precisei deixar a medicina e aprender com outras mulheres. Por isso, estou aqui hoje.

(notas de campo, abr. 2010)

### **Parto como coerência**

Nos grupos, encontrei também mulheres que nunca tinham parido e que tampouco haviam vivenciado um “trauma” ou uma “depressão” resultante de uma cesárea ou de um parto hospitalar insatisfatório. Essas outras mulheres, que denominarei de “mães de primeira viagem”, são aquelas que desde o princípio buscaram experiências mais naturais de parto, em razão de entenderem-nas como mais condizentes com seus modos de vida.

- Benedita, branca, atriz, 33 anos, “juntada” e camada média baixa. Parto domiciliar assistido por parteira urbana.

Neste caso, três pontos pedem atenção para além do fato de a mulher já ter optado por um parto mais natural desde o início. Ela partia do pressuposto de que “pagar para parir era um absurdo”, por isso buscou o sistema público de saúde. Depois, ao contrário do que costuma ocorrer, a idéia do parto em casa partiu do marido. Por fim, e aqui, há de se frisar, traz à tona a crise com a própria maternidade, pois ela interrompeu o próprio trabalho de parto, questionando se queria de fato ser mãe, temendo o futuro cerceamento de sua liberdade.

Depois, no pós-parto, sentiu-se insatisfeita, sozinha, cansada e sem a liberdade de costume. Por isso, viveu um período de crise com a maternidade. Na época da entrevista, parecia tê-la superado, mas externou que não pretende mais ser mãe.

É um absurdo pagar para ter bebê. E no pré-natal parecia que estávamos fazendo um “check list” de carro.

Considero minha experiência como um rito de passagem e como o coroamento de minha vida sexual. (...) mas, tive medo, medo de ser mãe, de deixar de ser livre, de deixar de ser a teórica gostosona, medo da responsabilidade. Tive medo de liberar. Sabe quando a gente trava o gozo? Travei. Veja só, resolvi pensar se eu queria ser mãe naquela hora. Até que percebi que tinha que liberar energia vermelha e foda-se. Disse isso uma, duas vezes, foda-se Benedita; nos dois sentidos, o do prazer e o de estar lascada.

(notas de campo, dez. 2008)

Ninguém te diz o quanto será difícil ser mãe e o quanto o pós-parto é punk ou como você se sente sozinha e sem liberdade, tendo que cuidar de um bebê o tempo inteiro. Você não tem mais tempo para você. Por isso, quando voltei para o grupo fiz questão de dizer que não é simples assim, não é fácil e que ninguém tinha me dito nada disso.

(notas de campo, julho de 2008)

Para além dessas questões, outra passagem também acrescenta complexidade ao caso e ao desejo de parir de modo mais natural. Ela, insatisfeita com o corpo depois do parto, optou por uma abdominoplastia, querendo “fechar a barriga”. Uma barriga que não tinha sido aberta fisicamente, mas simbolicamente para ela. Segundo suas palavras, queria recuperar a mulher que era, a solteira, a independente, a bonita e a “gostosona”; queria recuperar algo de seu que entendia ter perdido com o nascimento de seu filho. Essa situação, em especial, põe em jogo o uso e a sua interação com a tecnologia e com a cirurgia. Ela não quis parir

mediante cesárea, porque entendia ter corpo suficiente para um parto mais natural, tinha consciência de sua capacidade corporal, porém, entendendo ter tido esse corpo desfeito e aberto, recorreu à medicina e à ciência para que o “fechassem”, para que tivesse de volta algo de seu, que entendia ter perdido.

Eu cortei a barriga para fechá-la, pois eu precisava recuperar a mulher que eu era. (notas de campo, idem)

Por fim, há de se dizer que o parto natural viera como opção porque, segundo ela, condizia mais com sua trajetória pessoal, de uma mulher questionadora, atlética e confiante. Vê-se, ainda e mais uma vez, também nesse caso, o cruzamento entre a medicina doce e a medicina dura, entre a parteira urbana e seu marido, que era médico.

- Alice, branca, atriz, 37 anos, “juntada” e camada média. Parto domiciliar assistido por parteira urbana.

Nesta situação, encontrei-me diante de um parto domiciliar pélvico. Pélvica é a apresentação da criança no útero materno, ou seja, ao invés de estar com a cabeça orientada ao púbis, está sentada, com as nádegas no local onde deveria estar sua cabeça; em outras palavras, a criança encontra-se invertida. Na literatura médica e entre as adeptas do parto humanizado, trata-se de um parto arriscado, mais difícil e dolorido, que pode desencadear a morte da criança ou grande laceração perineal na parturiente. Essa mulher decidiu ter o parto sem intervenção médica, em casa e com assistência de parteira urbana, enfrentando o risco e o medo, categorias a serem em seguida debatidas e indagadas. Por certo que o processo decisório não foi tranquilo. O casal oscilou entre a medicina tradicional, os exames e as rotinas, e um pré-natal feito por parteira, “mais dado ao toque, massagens e escuta”. Por isso, essa mulher narra ter-se sentido “com um pé em cada canoa”, referindo-se às distintas abordagens. Decisivo para a escolha pela parteira parece ter sido o fato de sentir que seu corpo era tratado pela médica tradicional somente como mais um corpo e não como o “seu corpo, o de uma atriz que realizava trabalho corporal diariamente”.

Eu não conseguia deixar a medicina, os exames, o ultrassom. Permaneci todo o tempo dividida. É difícil somar a mulher racional, de nossos tempos, com uma mulher mais intuitiva. Eu precisava da tecnologia. Mas a médica me via como mais uma mulher grávida de 35 anos. Ela não quis saber que corpo era aquele. E me pediu que diminuísse as relações sexuais durante a gestação.

... a mulher do meu tempo é a que trabalha, ganha dinheiro, estuda e é racional, mas que também, por outro lado, sente falta de tempo, de contato interno, de um contato com o corpo e com uma certa sensibilidade ou conhecimento interior, a intuição.

... a parteira era sempre muito corporal, do toque, do coração, via os pontos de tensão, fazia massagens nas costas e cuidava da minha alimentação. Era como uma terapia, uma gostosa sensação de acolhimento.

Em um ultrassom de rotina, a médica indicou cesárea para o dia seguinte e nesse momento o casal decidiu, com ela, romper, optando, então, pela parteira, que estava disposta a acompanhá-los no parto pélvico. O parto natural parecia ser o mais condizente com sua trajetória e com a percepção que tinha de seu corpo, mas figurava como primeira opção também porque temia a cesárea, procedimento esse que, para essa mulher, simbolizava “um corte na barriga”, que se caracterizava como uma invasão e como uma ruptura que não conseguiria ser reparada. Dessa maneira, esse conjunto de percepções a levaram a um parto domiciliar, que, para ela, pôde ser entendido como um “ritual de passagem”, um processo de iniciação de uma mulher racional para outra que consegue conjugar razão e intuição.

Eu me senti, meio bicho, meio mulher. Sem máscara nenhuma e totalmente nua. Você muda dali em diante. Torna-se outra. (notas de campo, idem)

- Aurora, branca, austríaca, 35 anos, “juntada” e camada média. Parto domiciliar assistido por parteira urbana.

Este relato trouxe à cena uma “mulher muito racional”, “que tudo tentava controlar, saber e conhecer”, e que, por isso, acredita ter permanecido 48 horas em trabalho de parto. Se, a anterior, temia o corte, essa não queria ser tratada como doente. Para ela, essa era uma das questões mais importantes. Por ser atriz, vegetariana, adepta da homeopatia e da ecologia, nunca pensou na cesárea como uma opção, premissa essa que contribuiu para que ficasse surpresa e inconformada com sua médica que, em um determinado momento, questionou se o seu parto seria natural. O fato de a médica ter posto em questão ou em dúvida se queria um parto vaginal a impulsionou para outra direção, na do preparo para o parto humanizado, para as parteiras urbanas e para a escolha pelo parto em casa.

Hoje o normal é não ser natural, as coisas se inverteram.

Eu queria que nascesse em casa porque nos hospitais parece que a criança é do médico. (o marido)

Eu trabalhei até os 9 meses de gestação como uma louca, dirigindo e atuando.

Eu estava tão ansiosa para controlar o parto, porque sou muito racional, que achei que estava em trabalho de parto quando ainda não estava. Tudo isso me deixou muito cansada e fez com que meu parto durasse muito tempo.

(notas de campo, jan. 2009)

O parto natural despontou nesse caso como o único caminho a ser trilhado. Porém, ao vivê-lo, pôde reconhecer em si mesma as dificuldades que uma “mulher muito racional, como as de seu tempo”, pode enfrentar, ainda que tenha uma relação importante com o próprio corpo. Por fim, este relato aponta para uma inversão dos papéis de gênero, ao menos, para os pressupostos culturalmente, já que, segundo ela, o marido era o mais calmo, o que

acreditava que tudo daria certo e que confiava no próprio corpo, o mais intuitivo, enquanto ela contava com uma postura mais aguerrida, de tudo indagar, de querer acelerar, de resolver e de controlar racionalmente.

- Beatriz, mestiça, jornalista, 31 anos, casada e camada média baixa. Parto domiciliar assistido de parteira.

Essa história pauta a importância que certos aspectos transgeracionais podem adquirir na decisão por um tipo de parto e reitera o medo do corte acrescentado ao medo de hospital. Para essa mulher, viver um parto natural era um modo de oferecer à mãe aquilo que ela não pôde viver na época de seu parto, ou seja, durante o seu próprio nascimento, como se uma dívida simbólica pudesse ser saldada através de sua experiência de parto.

Minha mãe não me conseguiu ter por parto normal e tinha-se preparado muito para isso. Eu acho que até hoje ela não digeriu isso muito bem isso. Então, parir assim era uma oportunidade de dar para ela aquilo que ela não teve.

Essa mulher tinha “horror de hospital” e medo do corte, mas o mais importante parece ter sido o fato de sua mãe ter-se frustrado por não ter parido vaginalmente no passado. Nesse sentido, dar à luz da maneira mais natural possível funcionava como uma nova significação de seu próprio nascimento.

Eu queria estar com uma parteira, porque sei que o tempo de espera dela é maior do que o dos médicos e porque tenho horror de hospital e de cortes.

(notas de campo, mar. 2009)

Uma vez que a escrita sempre teve um papel importante em sua vida, tanto que escolheu por profissão o jornalismo, durante a maternidade decidiu criar um *blog*, um espaço virtual em que pudesse compartilhar suas experiências com outras mulheres. De posse dessa

ferramenta, teve a impressão de que sua escrita, depois do parto, ter-se-ia transformado, teria passado a ser mais pessoal, intimista e não tão pública. O paradoxal é que se sente “menos feminista” depois da experiência de dar à luz, por entender que seus artigos e seus trabalhos, antes, contavam com caráter mais aguerrido e público e que, posteriormente, afloraram pautados por suas sensações e sentimentos, como se esses pontos não pudessem pertencer a uma existência feminista. Quanto a essa questão, poderia aventar a possibilidade de essa mulher também trabalhar com uma concepção de feminismo que restringiria a maternidade e a escrita ao mundo privado e do cotidiano, interpretado, por ela, como não feminista.

- Estela, branca, filósofa, 41 anos, “juntada” e camada média. Parto domiciliar desassistido.

Esse é o caso de uma mulher que pariu pela primeira vez quando já contava com seus 41 anos e que, como já era de se esperar, destaca-se pelo olhar médico dirigido a esse corpo, por vezes, considerado velho e incapaz de dar à luz naturalmente. Sua insatisfação inicia-se já no pré-natal, quando escuta que o Estado já não tem interesse em investir em seu corpo e que, assim, um parto natural, que demandaria horas de dedicação, não seria o mais indicado. Trata-se de uma mulher notadamente aguerrida e questionadora, vinculada aos movimentos sociais e às agendas políticas, adepta do vegetarianismo e de um estilo de vida mais natural e que decidiu ser mãe quando pensava que logo não poderia mais.

Eu sempre busquei a referência do mais natural em toda minha vida. E mudar o mundo sempre foi uma preocupação minha, por isso acredito que mudar a maneira como se chega a ele é um começo.

(notas de campo, jan. 2009)

Além da idade, pariu com 42 semanas de gestação, o que também é considerado pelos médicos como data limite para um parto vaginal. Ela pretendia dar à luz no hospital, mas seu trabalho de parto foi tão rápido, que teve a criança em sua casa, praticamente desassistida, a não ser pela presença quase tardia de sua doula. Ela não conseguiu chegar ao

hospital, acorrou-se entre a sala e o banheiro e pariu. Se o parto parece ter sido simples, a maternidade, em contrapartida, tem sido exercida de maneira ambivalente, entre angústias e alegrias, como em um dos casos anteriormente abordados. Em seu entender, a maternidade está longe de ser algo simples, é uma fase de muita dedicação e cansaço, em que se sente sozinha e despreparada.

Eu sinto falta do meu tempo, do meu corpo, de não ter tantas tarefas para fazer. Eu sempre me pergunto se estou agindo corretamente. Eu quase não durmo e meu corpo está flácido e cansado. Mas, quando me comparo com as mulheres com 12 filhos, me sinto péssima de estar assim tão cansada e reclamando da vida.

Ao comparar esse relato com o da entrevistada mais jovem, vejo que maternidade e parto não poderiam ser pautados mediante a idade. Para uma, a mais velha, em tese mais preparada e experiente, a maternidade foi difícil, enquanto para a mais jovem, supostamente menos vivida, a maternidade era exercida tranquilamente, sem grandes percalços e dramas. Nesse sentido, antes de um mandato biológico, a maternagem vem, muito mais, como construção cultural e histórica, atrelada às trajetórias pessoais e anseios existenciais. Por isso, partindo da hipótese de que a maternidade não é destino, acrescentaríamos não ser também unívoca e previsível, sendo preciso pensá-la, antes e, sobretudo, no plural, em sua prática, emoções e sensações.

Outro aspecto quanto à maternidade enquanto mandato que esta pesquisa parece desconstruir é o do relógio biológico ou do limite de idade para ser mãe. Um teto etário que, no limite, parece recentemente sofrer transformações, se e quando é considerado que grande parte das entrevistadas e observadas pariu contando com aproximadamente 30 anos de idade, o que, décadas atrás, era seguramente entendido tarde demais. Por outro lado, quando olho para esse caso em especial, deparo-me não somente com uma maternidade aos 40 anos, mas também com o desejo e com a prática de parto vaginal desprovido de intervenções. Dessa forma, coloco-me diante da construção histórica e cultural da própria data para parir, da noção de relógio “tic-tac” e de limites da natureza feminina.

- Veridiana, branca, linguista, 34 anos, casada e camada média baixa. Parto domiciliar assistido de parteira.

Esse caso retrata o estranhamento do hospital como local para o nascimento. Para essa mulher, nascer em um hospital, para onde vão os doentes, e mediante a tecnologia, era exagerado e superficial. Ela pouco sabia a respeito de parto e de maternidade, pois vinha de uma realidade paulistana e de mulheres independentes, que não queriam ser mãe e tinham mais de 30 anos. Ela buscava outro cenário para ter sua criança, procurava vínculo, mas não uma cesárea, ainda que não temesse o corte. Outro ponto de destaque é o desencantamento com o trabalho de parto e com os primeiros dias de maternidade. Se, para muitos, as adeptas do parto humanizado teriam uma visão romantizada da maternidade e do parto, essa mulher poderia ser lida como uma quebra de pré-julgamentos e de paradigmas. Para ela, foi tudo “muito estranho”, uma situação em que pouco pôde fazer, em que teve de esperar e que, exatamente, por isso a incomodou bastante, dada sua pró-atividade. Segundo ela, nada de tranquilo, de bonito ou de excepcional aconteceu no parto, a não ser o incômodo e depois um certo cerceamento pessoal em nome dos cuidados com o bebê.

O consultório era lindo, mas faltou vínculo. E não me importava muito aquilo que os médicos diziam, pois estive muito perto da classe.

Eu estava grávida, mas a médica não falava sobre o parto. Eu não queria cesárea por ser artificial, por ser um corte. Eu não tenho problema com hospital, com corte e etc., mas me parecia meio exagerado ter que parir assim. Para mim, a cesárea não é uma opção, mas uma resolução de problemas. E o hospital não é lugar de nascer, isso ainda me incomoda, essa coisa da parafernália. Isso me incomoda demais, não é um parto, mas alguma outra coisa que está acontecendo ali.

(notas de campo, dez. 2009)

É um momento muito louco porque vai mudar toda sua vida. Sabe lá o que vai acontecer no parto porque nele tudo pode acontecer. Você não sabe como é, o que é. É uma hora esquisita. Eu espero engravidar de novo para refazer esse momento.

O parto é uma hora que você não tem nada para fazer, é muito ruim, é muito estranho. Eu fiquei lá sem ter o que fazer. E aquela molhadeira (bolsa rota)! Eu não achei nada de interessante. Chega uma hora que tem que acabar, né!

O pós-parto também é uma coisa estranhíssima. Você não sai de casa, dá à luz ali e as coisas não param de acontecer, precisa limpar, cozinhar. Eu tinha que fazer tudo, supermercado, cuidar dela, pagar contas e ela mamando.

Além dessas inflexões, outro aspecto digno de nota é a percepção que essa mulher carregava de que entre “o como nascer” e “como viver” vigora uma relação de causa e consequência. Tinha nascido ela de parto natural e sua irmã pelo método cesariano, condições estas que faziam com que sua mãe sempre atribuísse a isso o fato de a primeira ser mais atirada e a segunda, mais tímida, indecisa e insegura. Além disso, enxergava também uma conexão entre o tipo de parto que a mulher escolhe e depois qual a educação que pretende oferecer ao seu filho, atribuindo a essa conexão o fato de, nas listas de discussão, falar-se antes sobre parto e depois sobre vacinas, alimentação, escolas, roupas, posicionamento diante do mundo em geral e preocupação de como apresentá-lo aos seus filhos.

Sobre as mudanças que a maternidade pode ter gerado em sua vida, acredita ter “desacelerado um pouco”. Via-se, antes, como uma mulher multitarefas, sempre atribulada e querendo dar conta de tudo. Passado o parto, percebia-se mais calma, procurando menor carga de trabalho, mais tempo livre e mais tranquilidade no cotidiano. Pelo menos, prima por esses aspectos para poder conciliar suas experiências com a criação de sua filha. Nesse sentido, tende a concluir que seu feminismo também passou por um processo de mudanças:

para ela, se antes era difícil entender certa desigualdade entre homens e mulheres, uma vez mãe aceitava melhor o fato de que, em algumas situações, devia permanecer em casa com a criança e seu marido providenciar o sustento da família. Por outro lado, entretanto, esse “permanecer em casa” gera também um sentimento de solidão e isolamento. “Eu me sinto sozinha, tenho saudade do meu tempo livre, de ir ao cinema, de trabalhar como louca”.

Esse relato foi-me especialmente importante, porque nem romantismo e nem mistificações trouxera à tona, os pontos levantados por essa mulher apareciam sempre problematizados, nuançados e inseridos em um contexto de ambiguidade e de ambivalências. Essa talvez tenha sido uma das entrevistas em que mais pude problematizar os pontos da pesquisa conjuntamente com uma de minhas informantes. Essa percepção talvez se deva ao fato de ela ser uma acadêmica e doutoranda, assim como eu, mais habituada a problematizar as distintas frentes de um determinado tema. Pareceu-me interessante ressaltar tal nota para considerar aqui o exercício da antropologia reversa, proposta por Wagner (2010), segundo a qual, por vezes, poderia ser realizada conjuntamente e a partir de significados compartilhados metaforicamente.

Por fim, em que pese ter caracterizado seu parto como “cru, aquela molhadeira e muito estranho”, à época de nossa conversa, aos 38 anos, já estava tentando engravidar pela segunda vez.

- Liza, branca, advogada, 32 anos, casada e camada média. Parto hospitalar natural.

Esse é o caso da mulher que escolheu o parto mais natural pelo fato de ser cientificamente comprovado o melhor modo de parir e que pariu no hospital em razão de a parteira só não ter chegado a tempo em sua casa. Portanto, duas parecem ser as suas dissonâncias. Contrariamente à maioria das mulheres entrevistadas, procurou se basear em estatísticas e pesquisas médicas para saber o que seria melhor para si mesma e para o seu bebê. Ela não se considera hippie e tampouco “natureba”, muito embora cuide de seu corpo por meio de exercícios físicos. Por isso, fez questão de dizer que tinha escolhido outro modo de parir depois de ter estudado e de ter sopesado os prós e os contras de uma cesárea e de um parto

domiciliar, ou seja, ressaltou ter agido mediante atitude racional e não intuitivamente. Além disso, decidida a parir em casa, frustrou-se ao dar à luz no hospital, em razão de sua parteira não ter chegado a tempo e de não ter quem a assistisse em casa.

Quando fiquei grávida, já comecei a tomar ácido fólico, pois sabia que ajudaria na formação do tubo neural da criança. Eu tinha visto numa pesquisa da BBC.

Eu tive dois diagnósticos de abertura de colo, num deles o médico me mandou tomar Inibina. Eu sabia que não era bom, por isso procurei os grupos e lá encontrei uma médica que tinha esperado 12 horas de trabalho de parto. Eu sabia que era aquilo que eu queria.

O medo, nessa história, não era do corte, mas dos efeitos da anestesia sobre a “coluna”. Se aspectos transgeracionais influenciaram a decisão por um parto mais natural em algumas das entrevistadas anteriores, neste caso reapareceu. Essa mulher é filha de mãe que tinha sofrido 9 abortos espontâneos em razão de fator *rh* negativo em seu sangue e consequente incompatibilidade com o do feto. Por esse motivo, quando nasceu, já era uma criança muito esperada e desejada. Em virtude de ter nascido de parto normal, sua mãe sempre salientou os benefícios e a importância dessa vivência e esse fato parece tê-la também influenciado em sua decisão.

No dia do parto tinha ido a uma reunião de condomínio, nós tínhamos acabado de nos mudar, mas as contrações começaram muito rápido e eu sabia que seria naquele dia. Fui para o computador preencher a planilha de Excel que tínhamos construído para medir as contrações. Enquanto isso, ligava para a médica, mandava *sms* para minha doula. E meu marido ia atrás da empregada, pois o apartamento estava muito sujo.

Ela logo atingiu 8 cm de dilatação em casa, mas como a parteira não conseguiria chegar de São Paulo até sua cidade, teve de ir ao hospital para parir.

Nós não guardamos o cordão umbilical, pois as pesquisas ainda são muito vagas com relação ao seu uso futuro.

E fiquei eufórica depois do parto, mandava *sms* para todos, avisando que ela tinha nascido.

Para ela, “a mulher é feita biologicamente para isso: parir sob a ação dos hormônios que são produzidos naturalmente”. Em sua leitura, eles (ela e o marido) são super racionais, por isso decidiram assim, porque tinham lido muito e porque “ele é quadrado, engenheiro”. O interessante é que, segundo ela, a experiência do parto teria, sem muita explicação, remodelado sua maneira de ver e de julgar as mulheres, pois antes disso não “tinha muita paciência para as mulheres, era um pouco misógina”. Em seus termos, “me irritava com essa coisa muito delicada das mulheres, com a fragilidade, mas depois do nascimento de uma menina estou mais compreensiva e vendo isso de outra maneira”.

- Edith, mestiça, geógrafa, 32 anos, casada e camada média baixa. Parto de cócoras em hospital.

Este é o caso de um parto rápido ou, na linguagem nativa, do nascimento de um “bebê quiabo, aquele que escorrega”. Essa mulher pouco sabia sobre parto, por isso entendia ter aprendido sobre a importância do parto humanizado no grupo em que estava. Para ela, procurar o grupo era uma maneira de fazer amigos na cidade, não porque estivesse interessada em como nasceria sua criança. Ela nunca tinha-se preocupado com esse assunto; o parto, a princípio, não era uma questão importante, mas “o final de um estágio”. Somente depois do grupo, começa a entender que, na realidade, é todo um grande processo.

Eu pensava em cesárea quando estava solteira. Porque eu não queria sofrer. Eu não tinha amigas grávidas ou com filhos. Por isso,

fazia perguntas muito óbvias no grupo. Eu não esperava nada do meu parto. Eu aprendi no grupo. Como minha mãe sempre me disse que a recuperação do parto normal era melhor do que a da cesárea, assim decidi. (notas de campo, set. 2009)

Se eu não tivesse participado do grupo, teria deixado as coisas acontecerem de rotina, anestesia e episiotomia.

Ela, ao contrário de muitas das anteriores, não é vegetariana, “come de tudo” e toma alopátia sem problemas. Quando passou a frequentar o grupo, tinha a crença de que seria normal porque “era capaz” e não entendia por que as outras mulheres tinham tanta dificuldade em confiar em si mesmas, ainda que ela e o marido concordassem com uma cesárea, caso fosse necessário. Por isso, como não queria se frustrar, falavam abertamente sobre essa possibilidade.

Eu não sou alternativa porque me visto de determinada maneira. Eu não gosto de pensar assim, mas no grupo as pessoas gostavam de dizer que são alternativas.

Na creche deram açúcar para minha filha e não tive problema nenhum, mas uma amiga quase surtou. Eu pensei: deixa a menina comer uma bolachinha de vez em quando!

Quanto ao parto em casa, pensa ser interessante desde que seja acompanhado de uma parteira tradicional, como as de sua região natal, do Norte ou do Nordeste, e “não como um negócio ou algo extremamente caro”. Se for para pagar, acredita preferir o parto no hospital público, aceitando as regras daquele local, contanto que não “fossem enfiadas goela abaixo e sem muita explicação”, tanto que “eu e meu marido tínhamos combinado que não entraríamos em conflito com a equipe médica. Nós sabíamos das rotinas”.

Estava assistindo à televisão, quando sua bolsa rompeu, sem saber; atingiu a dilatação de 6 cm em poucos minutos, por isso, chegou ao hospital, sem nem ter conseguido avisar o marido, já com dilatação total de 10 cm.

Eles gritaram: dez mais dois, dez mais dois. Fiz umas forças e logo, logo minha filha nasceu.

Sobrecarregada nos sentimos porque é só a mãe para aguentar tudo, mas em nenhum momento atribui como algo ruim. O pai por mais maravilhoso que seja, não pode suprir isso. O bebê precisa da mãe.  
(notas de campo, ago. 2008)

Em sua percepção, existe mulher que escolhe um parto mais natural porque viveu uma cesárea ou porque está na “alternatividade”. Ela, entretanto, diz não pertencer a nenhum desses grupos. Pelo contrário, acredita ter parido tão rapidamente por ter confiado que conseguiria e por ter permanecido tranquila, uma postura que, em sua leitura, nada teria a ver com ser feminista, um movimento por ela negado: “Eu sou humanista e não gosto de nenhum desses “ismos”. Prefiro pensar na igualdade e não na mulher. O mais importante é a pessoa conhecer o seu corpo.”

### **Os nós do campo: perspectivas dissidentes e coincidentes**

Neste tópico, tomando de saída o material coletado em campo, tanto nas entrevistas quanto nos grupos e nas listas de discussão, quero destacar alguns dos pontos que mais pediram atenção e problematização durante a pesquisa etnográfica. Para tanto, trabalharei mediante itens que agregam impressões e interpretações das atitudes e das idéias dessas mulheres.

#### **- Do “mais natural”**

O que dá para questionar SIM são as práticas de atendimento às parturientes e aos recém-nascidos. O problema, em minha opinião,

são alguns profissionais que não estão preparados para enfrentar o stress de trabalhar em uma instituição desse porte e querem resolver tudo a toque de caixa. Desrespeitar uma parturiente com dor é desumano, não deixar que ela se mexa na hora das contrações para não soltar os eletrodos ou para dar a injeção da anestesia é desumano, não trazer o recém-nascido para seu aconchego materno logo depois do nascimento também o é. Da mesma forma, fazer chacota com expressões como “na hora de fazer foi fácil, né?”. (lista de discussão, e-mail de 30.11.2009)

Entre as mulheres etnografadas, usa-se muito a expressão parto “mais natural”. Em muitos contextos, o termo coincide com parto humanizado, mas não necessariamente. Um parto pode ser natural sem qualquer intervenção, porém não humanizado, se entendido como aquele em que os desejos e as escolhas da parturiente não foram observados. Por exemplo, se uma mulher quer a anestesia e não a recebe, pode caracterizar o seu parto como natural, mas também como não humanizado. No entanto, pude identificar que, na maioria dos casos, quando mulheres e profissionais referem-se ao parto “mais natural”, conectam-no às experiências ditas como humanizadas. Desse modo, são termos que se aproximam, mas também se descolam, conforme a conjuntura, ora atuando como sinônimos, ora como antônimos.

Nas entrevistas, listas de debates e nos encontros dos grupos, as mulheres geralmente afirmam desejar um parto “mais natural”, expressão esta que, em primeiro lugar, significa o parto com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível; em segundo lugar, é o que se dá sem a intervenção cesariana, ou seja, aquele que não acontece mediante o corte ou a incisão abdominal. Contudo, é também o parto “não artificial”, segundo o qual a “parafernália” da tecnologia não é empregada ou, caso o seja, com mesura e cautela (Veridiana). Ele é o parto em que o tempo fisiológico e psíquico de cada mulher é esperado, individualizado e respeitado, em que a ocitocina, a episiotomia e a analgesia, assim como o enema e a tricotomia não são realizados de rotina. Pode acontecer no hospital, em casa ou nas casas de parto, com a assistência de médicos ou de parteiras, desde que as expectativas

da parturiente sejam correspondidas e funcionem como norte de todo o processo de trabalho de parto.

De alguma maneira, seria o “que deixa fluir”, ao invés daquele em que se tenta controlar e atuar durante todo o tempo. Nesse sentido, poderia ser interpretado também como o parto em que mais se observa do que se age, em que mais se acompanha e se dá suporte do que se interfere. Nas palavras de uma das mulheres, “é aquele que não vibra na doença” (Fátima), que não opera *a priori* com as noções de risco, de perigo e de dor, podendo ser igualmente entendido como aquele que permite que a mulher experimente um conjunto de sensações corpóreas, quais sejam as da contração, da abertura do canal de parto, das dores, dor suor, da expulsão de líquidos e da placenta. Sendo, assim, é o parto que afeta no sentido de alterar e de desencaiar estruturas, dando margem para passagens de liminaridade (Turner, 1981), um período ou um lapso de incertezas, em que a moral ou a norma social podem perder sua força de coerção e de coesão social.

Em um sentido menos radical, é aquele em que a mulher é respeitada em seus desejos, razão por que, na língua espanhola, o movimento pelo parto é denominado “parto respeitoso”, respeito esse que parece vir na esteira de que somente se faça aquilo com que a parturiente concordar, que seja ela informada dos procedimentos e de suas consequências e para os quais dê o seu correspondente consentimento. Por outro viés, pode ser também o parto “acolhedor” (doula do grupo independente), segundo o qual as mulheres são tratadas com carinho, palavras de incentivo, de apoio, com o propósito de que não se sintam sozinhas; um parto consoante a lei vigente no Brasil, que autoriza a presença do acompanhante ou da doula ao lado da parturiente. Por outro prisma, em que se acredite, antes de tudo, na capacidade de parir da própria mulher, sem aceleração, interrupção ou retardo do trabalho de parto. De alguma maneira, é, ainda, aquele em que a mulher não se sente agredida moralmente por frases do tipo “na hora de fazer você gostou, então agora aguenta” ou “pare de gritar, sua louca” (notas de campo dos grupos, 2008-2010), coincidindo, nesse sentido, com uma experiência em que a liberdade de expressão encontre guarida.

Por “mais natural” entende-se também o parto que permite o contato pele a pele entre mãe e criatura logo nos primeiros momentos de vida, ou seja, uma experiência de pós-parto em que a díade não é separada para pesagem, para a tomada de medidas da criança e para um restabelecimento materno isolado, podendo ser também aquele que inclui o pai na cena de parto, de modo que possa não somente assistir a ele como também participar dele, dando apoio à mulher; nessa esteira, pode ser também entendido como aquele em que a mulher pode comer e andar durante o trabalho de parto, sem restrições da equipe médica.

Dessa maneira, na percepção dessas mulheres, o que se entende por “mais natural” é plural e polissêmico, podendo oscilar desde a não intervenção corporal até o tratamento psíquico e moral ou, então, a configuração da cena de parto. É, em certo sentido, o parto por elas, considerado como “não violento” e “não invasivo”, que as têm por protagonistas e que não se restringe a um ato fisiológico e médico, sendo, principalmente, uma experiência que pode conjugar sexualidade e espiritualidade, aspectos psíquicos, físicos, emocionais, questões de gênero e transgeracionais.

Por tudo isso, não poderia ser interpretado como amarrado ao corpo e ao biológico, única e exclusivamente. Pela mesma razão, não se adequaria somente ao parto vaginal, nomeado no Brasil como o parto normal, ou, então, ao parto que, nos dizeres dessas mulheres e dos médicos, “acontece por baixo”. O termo “natural” parece, no limite, estender o significado de natureza como algo dado, inerte e passivo, para um sentido de menos intervenção, de menor controle e de maior autoria e observância ao desejado pela mulher que está parindo. Nesse sentido, oscila e se vê preenchido de expectativas individualizadas, que conferem conteúdo ao que seria um parto “mais natural” e humanizado. Em que pese ser o menos intervencionista, é também o mais acolhedor, o mais respeitoso, o mais protagonizado, aspectos esses que abarcam questões de outra ordem, como de gênero, de trato humano e de relações de poder, não especificamente aquelas que se deteriam somente ao corpo, tratando-se, portanto, de um corpo que não é somente corpo, mais configurado e tecido mediante emoções, sensações, ambientes e relações afetivas.

Nesse sentido, a própria reprodução biológica como idéia mais ampla, tida muitas vezes por destino das mulheres ou locus de sujeição feminina, parece vir, também, no entender das adeptas da humanização, dotada de outros contornos, que não somente o fisiológico, o hormonal e o socialmente funcional. Desponta, sobretudo, como um espaço de interlocução e de construção cultural, porém, se esse “mais natural” vem assim significado - de maneira plural-, em algumas passagens de campo teria também aparecido como a simples (re)atualização da idéia de que a natureza é biológica, essência e *a priori*, quando e se consideramos que também pode escutar

... a natureza da mulher é divina. Ela é feita para isso.

... são os hormônios os responsáveis por todo o processo, é preciso confiar neles, pois as mulheres são como os bichos, vão parir bem se não se sentirem acuadas.

(notas de campo do grupo institucional, 2008-2010)

No momento do parto, me sentia meio bicho, meio mulher. É a sua parte mais animal que vem à tona. Você está nua e sem máscaras, sem o controle social, somente sua natureza.

(Alice)

Não obstante, é preciso ressaltar que essa perspectiva, a do biologicismo, parece ter perseverado mais entre os profissionais da saúde, bem como entre os casais que se consideraram “mais racionais”, “mais quadrados” (Liza), entre aqueles que disseram buscar “estatísticas e números” (notas de campo, maio. 2008), do que entre a maioria das entrevistadas e observadas. Em contrapartida, aparece o “mais natural” também como o agressivo, o primário, o animal e o somente impulso, presente na mulher que grita e que toma posturas pouco afeitas aos padrões de sociabilidade aceitos. O termo “natural”, nessas passagens, vem, então, como simbolização daquilo que não é controlado e determinado pela cultura, pelos bons costumes, pela etiqueta e pelo pensamento (comunicação oral do médico francês Michel Odent em SP, jul. 2010). Para muitas dessas mulheres, esse natural

é, entretanto e curiosamente, valorizado enquanto desprendimento e liberdade de expressão, bastante diferente da aceção de que o natural seria inferior ao cultural.

O “mais natural” seria, portanto, o parto que não corta, que escapa do “efeito cascata”, o que espera, o que não acelera e não interrompe, o que acolhe, apoia, auxilia e que tem a mulher percebida como sua autora e condutora, atendendo às suas necessidades, desde que possível e seguro. É o parto que personifica e que individualiza, aquele que vem, antes, aliado à idéia de pessoa, aqui lida no registro da integralidade e muito além do entendimento de que seria só corpo, sendo este último, portanto, somente mais uma de suas frentes de configuração.

#### **- Do tempo que não é tic-tac**

Entre as adeptas do parto humanizado, a espera é o mais importante, é o tempo que vale; por isso, este não vem, *a priori*, esquadrinhado, mas descolado do relógio, das horas e do calendário; não é tempo do tic-tac, mas aquele que acolhe e que espera o processo de cada uma para parir. O tempo cronológico não parece interessar; pelo contrário, as amedronta, porque acreditam ser esse o tempo firmado nos manuais de obstetrícia, aquele que determina o certo e o errado, o normal e o patológico.

Na sala de parto tinha um relógio, mas eu nem sabia que horas ele marcava. Eu não sei quanto tempo durou meu trabalho de parto, pois aquele passar de minutos não me importava. Eu não estava naquele tempo. (notas de campo, Iara, abri. 2010)

Tinha um relógio no meu quarto, mas eu não queria olhar, pois se olhasse ficaria preocupada. Como sou muito controladora, quero sempre tudo certinho e organizado, sabia que se olhasse para aquele tempo tentaria controlar meu trabalho de parto. Então decidi fechar os olhos. (notas de campo, Estela, dez. 2009)

O tempo dos médicos é algo que as incomoda e que muitas vezes as mobilizou a buscar outros modos de parir. Elas buscam alguém que as espere e que não as acelere. Por isso, muitas disseram ter preferido ser assistida por parteiras urbanas (Luisa, Fernanda, Monica, Benedita, Alice e Beatriz), pois nelas supostamente encontrariam a espera, esse tempo que parece ser o do acolhimento, progressivo ou contínuo, outro que não o *chronos*. De acordo com as já paridas, as parteiras, antes de decidirem pelo hospital ou pela intervenção, optam pela massagem, pelo escalda pé, pelo chá, por outro teto de tempo gestacional, de tempo de trabalho de parto; optam pelo tempo que é espera.

Eu tinha medo de que o médico não me esperasse, por isso quis uma parteira (Beatriz, mar. 2009).

O meu parto era parto para parteira. Era pélvico e eu sabia que demoraria muito mais. Um médico não teria me esperado tanto (Alice, mar. 2008)

O meu parto foi um parto psicanalítico. Permaneci 30 horas em trabalho de parto. Minha parteira me esperou, mas não sei se me esperariam num hospital (Luisa, mai. 2008)

O meu bebê não nascia, o médico ficou preocupado. E me disse: vai ter que ser por baixo. Eu chorei, meu marido chorou e minha mãe chorou.

(Monica, dez. 2009)

Os manuais médicos, como bem pontuado por Martin (2006:118), possuem diagramas para evolução do parto, cada período do trabalho de parto (o latente, o de dilatação e o expulsivo) conta com um teto limite de tempo para ser ultrapassado. Caso esse limite evolutivo não seja observado, a noção de que algo “não vai bem e de que tem alguma coisa errada e fora normal” (notas do grupo independente), ganha cada vez mais força. Para as adeptas do parto humanizado, esse é o teto que precipita a intervenção e o encadeamento entre todas elas – a raspagem dos pelos, a lavagem intestinal, a ruptura da bolsa, o

anestésico, o corte na vagina e, por último, o da barriga. Para o paradigma médico tradicional, esse limite representa a segurança, a margem do bom andamento das funções fisiológicas e indica quando é devido intervir. Para as mulheres, por outro viés, esse tempo do relógio e dos diagramas é o que as assusta, as acua, e que dá medo; é o que as impulsiona a criar estratégias para dele escapar e fugir. Esse, o tempo do relógio, seria, nesse sentido, o que as despersonaliza, que as iguala, que as padroniza e que empobreceria suas experiências, à medida que parece tomá-las como tão somente mais uma mulher que dá à luz.

Entre as estratégias para contorná-lo, vale relatar que é recorrente a chegada tardia nos hospitais. Nos grupos, nas listas e em cursos, as parturientes são aconselhadas a chegarem o mais perto possível do parto ao hospital, ou seja, já em estágio avançado de dilatação, porque entende-se que, assim, se tem mais chances de escapar da rotina de intervenções. Elas são aconselhadas a permanecerem em casa, recebem instruções quanto à evolução das contrações, quanto ao momento correto para ir ao hospital, criam planilhas em papel e até mesmo nos computadores. Essa tática é frequentemente utilizada e depois transmitida entre “já paridas” e “mães de primeira viagem”, já que, uma vez em trabalho de parto avançado, entendem serem poucas as possibilidades de sua aceleração; por isso, muitas vezes, não contam nem mesmo aos seus maridos que começaram a sentir as dores, esperando sentirem-se mais próximas da expulsão para comunicarem. Essa é uma das “regras de ouro” para aquelas que vão parir nos hospitais, ou porque não podem pagar um parto em casa, ou porque serão atendidas por plantonistas e médicos não muito adeptos do tempo-espera, do tempo que acolhe.

Outro ponto de inflexão desse tempo que não é o tempo do “tic-tac” é a gestação que ultrapassa as 39 semanas. Pela medicina, o máximo de espera é de 42 semanas, sem que o bebê entre em sofrimento. No entanto, poucos são os médicos que esperam, muitos aconselhando uma cesárea ou sugerindo métodos de indução de parto, como a introdução de ocitocina intravaginal, um hormônio sintético encapsulado. De acordo com essas mulheres, as parteiras, sim, esperam as 42 semanas ou aconselham métodos não invasivos de indução, tais como acupuntura, chás e manobras tradicionais de parteiras. Durante a

etnografia, tive a oportunidade de presenciar a aflição de inúmeras mulheres, nos grupos e nas listas, ao se aproximarem ou ultrapassarem a trigésima nona semana.

Mas e se meu médico não me esperar? Meninas, alguém conhece uma boa acupunturista para indução de parto. Estou com medo. Ele vai me indicar uma cesárea e o que vou fazer? E se o bebê entrar em sofrimento? Eu me sinto bem, mas tenho medo de depois me sentir culpada se alguma coisa der errado (correio eletrônico da lista de discussão de um dos grupos, set. 2007)

Decorridas as 39 semanas, o atendimento médico costuma tornar-se mais frequente para a ausculta da criança e esse fato, por si só, gera muita ansiedade entre as parturientes, ensejando medo e insegurança que, muitas vezes, terminam afetando a progressão do trabalho de parto. Estive com mulheres, que tinham dado à luz mediante cesárea ou por outros procedimentos, que, depois, julgaram os seus médicos impacientes, intolerantes e precipitados. De acordo com muitas delas, o médico havia preferido “resolver logo a questão” (Iara e Monica) ou porque dispensaria menos atenção e tempo profissional, ganhando mais financeiramente em termos de partos realizados, ou então porque temia que algo de errado pudesse ocorrer e que viesse depois a ser processado legalmente por erro médico.

Fato parece ser que, no universo da humanização do nascimento, o tempo médico e hospitalar é visto como controle e como cerceamento; como tempo intolerante, corrido e “contra elas”, um tempo que não permite o vagar das sensações, das expressões e da intensidade. Sendo assim, parece ser o tempo que não lhes permite as afetações, ou seja, o descontrole e o sentir com vagar a transformação dos corpos e a intensidade da experiência. Por essa razão, muitas vezes preferem as parteiras, a própria casa, o atraso para chegar ao hospital, as 42 semanas, 12, 25 ou 30 horas de parto, ao invés da solução padrão. Para assim poder viver a espera da parturição, muitas mulheres têm de contrapor-se às noções hegemônicas de perigo, de risco, de saúde e de doença.

Sobre essa percepção de tempo como controle e de tempo do hospital como controle dos corpos e dos processos de nascimento, pode ser interessante considerar o que Machado (1993), ao prefaciá-la a *Microfísica do Poder* (Foucault, 1993), pontua como uma relação imbricada e fundamental à noção de disciplina, senão vejamos:

... a disciplina é um tipo de organização do espaço. É uma técnica de distribuição dos indivíduos através da inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório. Isola em um espaço fechado, esquadrinhado, hierarquizado, capaz de desempenhar funções diferentes segundo o objetivo específico que dele se exige. (...) Em segundo lugar, e mais fundamentalmente, a disciplina é o controle do tempo. Isto é, ela estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. (...)

(MACHADO, 1993: XVII-XVIII)

O interessante é que as práticas femininas de outros modos de parir e sua relação peculiar com o tempo para dar à luz têm indagado e reverberado na “medicina baseada em evidências”, apontando mudanças ou, no mínimo, novas análises médicas quanto ao teto temporal limite para um parto. Estima-se atualmente, por exemplo, que o tempo de espera de um trabalho de parto e de uma gestação possa ser maior do que propugnado por manuais e diretrizes obstétricas dos séculos 19 e 20, como é o caso das 42 semanas de gestação, 24 horas de tolerância para bolsa rota ou de três dias de trabalho de parto. Nesse sentido, as atitudes e as escolhas femininas ora etnografadas podem estar contribuindo para uma reconfiguração da própria prática médica contemporânea.

### **- Casa x Hospital: o local mais seguro para parir**

Se o tempo aparece assim representado, o espaço para parir também tende a adquirir outras conotações entre essas mulheres, pelo menos quanto ao que é considerado o melhor lugar para ter um parto. Como se vê no primeiro capítulo, no Brasil, a partir da década de 1970, o parto mais seguro passa a ser o que acontece nos hospitais e nestes a ser lido como o local

mais higiênico, asséptico, dotado de tecnologia e de profissionais portadores de um específico saber-poder. Nesse período, o parto em casa torna-se algo dos confins do país, de regiões rurais ou do Norte e Nordeste brasileiros. Essa certeza, entretanto, vem sendo redesenhada por algumas daquelas que escolhem outros modos diferentes do método cesariano, optando por um parto domiciliar.

Dessa forma, o parto em casa reaparece e enseja divergências em pleno século 21. Para alguns médicos e mulheres, parir em casa “é uma coisa antiga, da época da minha avó”, “uma loucura e um ato irresponsável com a saúde do bebê”, “uma atitude egoísta” ou, então, “um parto neolítico” (notas de campo, 2008-2010). Para outros médicos, parteiras e mulheres, entretanto, figuram, na contracorrente, como uma das melhores opções de parto e, mais do que isso, representam a segurança ao invés do perigo e do risco. É a segurança de que não se viverá o “efeito cascata”, de que a mulher será bem tratada e de que terá o tempo-espera (Monica, Goreti e Fernanda), de que a mulher será respeitada em sua individualidade, suas crenças e seu estilo de vida, podendo ser também o indicador de que não sofrerá violência simbólica e de que não será apartada de seu bebê e de sua família. Sendo assim, o doméstico desponta como espaço de liberdade para parir como o desejado, como lugar para livre expressão de sensações e de emoções, para chorar, rir, gemer, gritar, andar, comer, tomar banho, trocar carícias com o marido ou simplesmente ficar sozinha (Aurora e Veridiana). De outro modo, aparece também como aquele de se escapar do tempo do relógio, de uma cesárea, da pressa e da sensação de que lhe “tiraram o bebê”.

Para aquelas mulheres que optam por um parto domiciliar e para aquelas que não puderam escolhê-lo, o hospital, por vezes, aparece como o espaço frio, do não aconchego, da padronização, da solidão, da brancura, da assepsia e do estranhamento. Nesse sentido, é o espaço do medo, em que se perde de quem se é, em que se é tratada como mais uma de avental e touca, a ser furada, rasgada e costurada; é a representação feita por algumas daquelas que decidiram por outros modos de parir. Por outro lado, pode ser o local em que passam fome, em que são separadas de sua família e em que tudo pode dar errado (Fátima). E assim, por fim, pode ser ainda igualmente um espaço de luta, onde terão de brigar, de levantar a voz, de falar mais alto e de indispor-se com médicos residentes e enfermeiras

para terem o que querem e para que o que não querem não seja feito. Ou seja, vem simbolizado como algo muito longe da amabilidade e do aconchego e muito mais próximo do conflito e da tensão.

Nos grupos, pude constatar a preocupação com o preparo do casal quanto ao que pode ocorrer nos hospitais. Os coordenadores tentam apresentar uma caricatura do que, porventura, pode se dar, bem como as opções para se escapar de determinadas situações. Fala-se muito sobre protocolos de atendimento, sobre os planos de parto e sobre as dificuldades e as práticas de rotina, para que as que irão parir no hospital já saibam o que pode ocorrer. Essa é uma prática do grupo institucional, que, por contar com uma proposta de atenção bastante diferente daquela que é padrão na instituição em que se insere, muitas vezes é criticado e desmerecido no interior do próprio hospital.

Contudo, não posso dizer ser essa uma percepção unânime entre as mulheres desta etnografia, pois algumas optaram pelo hospital, pelos médicos e pela tecnologia, depositando, neles, a idéia de segurança e de proteção. Na realidade, no interior dos próprios grupos, opera uma grande divisão quanto ao parto domiciliar: há quem o entenda loucura e há quem o veja como símbolo de coragem, confiança e protagonismo feminino. Em algumas situações, o parto domiciliar é entendido como o ápice da experiência da humanização e de um parto “mais natural”; no entanto, pelo menos da parte dos coordenadores dos grupos e de grande parte de suas participantes, um tipo de parto não invalida ou diminui o outro. Dessa maneira, o incentivo maior é para que se busque o melhor modelo de parto individualmente, partindo-se do pressuposto de que o “parto domiciliar não é para todo o tipo de mulher. Para algumas, não dá certo, para outras sim. Daí o mais importante é que você se sinta bem e segura com o local que escolher” (médica do grupo independente, out.2008 e parteira urbana em encontro do grupo independente, nov. 2009).

Por isso, tendo a dizer que não vigora uma regra de melhor parto, entendida aqui como homogênea e extensiva. Pelo contrário, desponta nos grupos com mais frequência a idéia de que cada mulher tem o seu tipo de parto. Por outro lado, é forçoso reconhecer que, no

limite, as mulheres que tiveram um parto domiciliar acabam sendo admiradas pelas demais e que isso enseja, ainda que suavemente, uma certa hierarquização no interior dos próprios grupos, em nosso caso, no independente.

Para decidir parir em casa, o tempo é um dos pontos importantes, pois, em tese, em seu próprio ambiente o tempo será outro, supostamente o seu, a saber, o do relógio pessoal. Desse modo, tenderia a indicar a existência de uma relação entre tempo-espço para algumas das entrevistadas, um tempo e um espaço lidos, por elas, na chave da liberdade e, principalmente, do conhecido que afasta o medo e a insegurança.

Eu decidi parir em casa porque não queria ser separada de minha filha novamente. (Ana, mar. 2008)

Em casa não nasce mal porque o médico não põe a mão. Para o médico a intervenção é muito fácil. Anos atrás, a cesárea era um caso de morte, hoje em dia é muito banal. O parto começou a ficar complicado, é muito fácil operar, a tecnologia está ali. O médico não tem outros recursos. A parteira tem outros recursos, faz a mulher virar de posição e etc. Ela tem mais instrumental, o médico só sabe lidar operando. Parteira tem que lidar com outras habilidades (Luisa, mai. 2008)

Eu tinha medo de ir para um lugar onde a medicalização do parto era mais fácil. Estar no hospital para parir seria o mesmo que estar de dieta na loja da *Cacau show* (Fernanda, jun. 2008)

Para o meu marido, o hospital tem um condicionamento que leva mesmo para uma cesárea. A medicina é muito intolerante e o médico é um profissional condicionado a pensar no risco, a procurar pelo em ovo (Benedita, dez. 2008).

Os odores e sons da casa me tranquilizavam, o cheiro do café, do incenso, depois do alho, azeite e manjerição, bem como as músicas

que costumávamos ouvir. Eu estava tranquila porque estava em casa, pouco me importava com quem eu iria parir. Depois foi tão bom, porque as pessoas foram embora e ficamos só nós, a família (Monica, dez. 2009)

De outro lado, contudo, para algumas que viveram um parto domiciliar, a experiência representou algo bastante distinto, uma espécie de isolamento e de uma continuidade incômoda,

Eu achei muito ruim porque ela nasceu e eu permaneci em casa, no mesmo lugar, por dias, semanas. Todas as pessoas saíram, menos eu. Foi ruim, me senti sufocada (Benedita, dez. 2008).

Eu me perdi, fiquei em casa dias e me senti cerceada, presa. Eu queria sair dali. Foi muito difícil e ninguém tinha me avisado (Veridiana, dez. 2009).

Vale dizer que o parto domiciliar é pago. No Brasil, muito diferentemente de países como Holanda, nenhum convênio médico remunera o deslocamento e a dedicação da equipe médica nesse tipo de assistência, por essa razão nem todas as mulheres podem tê-lo, já que geralmente envolve um obstetra, um neonatologista e um anestesista ou, então, uma parteira urbana. Há toda uma logística para se viver um parto em casa; os profissionais, por exemplo, possuem e carregam o material necessário, desde balão de oxigênio até instrumentos para sutura, vigorando também a indicação de que a residência em que acontecerá o parto esteja, no máximo, a 20 minutos do hospital mais próximo, para casos em que seja necessária uma “transferência”, teto temporal para que a parturiente, se trasladada para um hospital, não tenha seu atendimento médico prejudicado. Por isso, não parece se tratar de algo abrupto e inconsequente. O casal que decide vivê-lo, geralmente sopesa suas consequências, está amparado por profissionais da área da saúde e conta com a garantia da transferência. Não é, portanto, um ato tresloucado que desconsidera a medicina tradicional, posto que essa segue oferecendo suporte e sua possibilidade da realização. Contudo, por ser pago e envolver toda uma dinâmica de preparo, já que os profissionais ou

a parteira visitam o local com antecedência, conhecem o caminho e o que podem utilizar caso necessário, para algumas mulheres desta pesquisa, o parto em casa,

... tornou-se um negócio. Por isso, sou contra. Eu gostaria de ter um parto com parteiras, mas com aquelas tradicionais. Não pagando e montando tudo. Isso é para poucas e tem virado uma modinha, uma febre nos cursos de gestantes. Principalmente depois da Gisele Bunchen (Edith, nov. 2009).

Diante disso, a casa, o espaço da intimidade moderna e também o confinamento feminino, teria, então, a partir desses registros, sua significação um pouco ampliada ou, no limite, problematizada, podendo ser, pelo contrário, um espaço da liberdade, como acontece entre essas mulheres. É certo que segue no lastro da intimidade e da segurança, do refúgio da “sociedade dura” e do mercado competitivo, mas, de outro lado, representa curiosamente também a proteção contra o hospital. Nesse sentido, funciona, diferentemente, não como isolamento, mas enquanto abertura para outro tipo de experiência. Por fim, quanto à sua prática, vale aqui ainda pontuar que, na atualidade, alguns estudos da Biblioteca Cochrane já têm apontado os benefícios de um trabalho de parto em casa, o que sugere que algumas dessas práticas femininas também tenham influenciado na atuação médica.

Contudo, como já pontuado, essa idéia não é recepcionada por todas as adeptas do parto “mais natural”, pois muitas preferem os hospitais, a palavra médica e a instituição. Não existe um padrão, mas tendências que individualizam a assistência ao nascimento. Contudo, no limite, aquelas que optam pela casa têm problematizado impressões solidificadas de doméstico, desalojando-as e significando-as em outras direções.

Por fim, vale ainda dizer que, em uma recente etnografia sobre parto domiciliar em Florianópolis (Souza, 2002), o desejo e a prática desse modelo de parto estaria abrindo brechas também para interpretações estéticas e performáticas de parto, à medida que se constatou uma preocupação com composição da cena do nascimento, seja por meio de músicas, de aromas, seja por meio de velas, entre tantos outros aspectos, fazendo do parto

também um tipo de *performance* (Turner, 1981). Em campo, também pude reconhecer essa preocupação entre alguns dos casais, tanto quanto ao local, como quanto à iluminação, à alimentação, à sonoridade, aos aromas, à escolha de quem assistiria o trabalho de parto e ainda quanto a pequenos rituais próprios como orações, mantras ou cantos.

### **- Casal grávido e relações de gênero**

A etnografia de Salem (1987) é bastante conhecida por tratar do “casal grávido”, dos adeptos do parto sem dor na década de 80, à luz da perspectiva individualista de pessoa (Dumont, 1985). Depois de sua pesquisa na sociedade carioca, teria concluído que esse casal, a ser interpretado como o “dois em um”, poderia ser tomado como uma microcélula daquilo que havia sido pensado para sociedades individualistas em contraposição das sociedades holistas. Partilhando de um debate bastante conhecido na teoria antropologia, Salem apresenta as tensões experimentadas pelo casal adepto de outros modos de parir da época. Em seu entender, o casal seria individualista no sentido de mais centrado na família nuclear e em seus próprios anseios, enquanto a parte que precede o todo. Contudo, em seu interior e com a proposta paradoxal de uma totalidade na vida conjugal, os atributos de masculino e de feminino em alguns momentos teriam sido confundidos e apagados, em que pese primarem por sua individualidade. Esse apagamento, por sua vez, conviveria com atitudes que procurassem recuperar a singularidade de cada um em certas ocasiões, pondo em risco a noção de “dois em um”. Para Salem, esse seria não só o dilema do casal grávido, mas também o retrato das tensões intrínsecas à ideologia individualista, pensada por Dumont, que tenta conjugar a diferença e o todo.

Nesta ocasião, quero pensar sobre as relações de gênero vigentes entre os casais de minha etnografia. Em minha pesquisa de campo, os papéis de gênero confundiram-se (Luisa e Aurora) e inverteram-se (Filomena, Luisa e Benedita), mas também reafirmaram estereótipos (Goreti, Edith e notas de campo dos grupos). Em grande parte dos encontros, deparei-me com casais que participavam dos encontros dos grupos, mas que em poucas ocasiões estiveram juntos nas entrevistas. Embora as gestantes e já paridas se posicionassem bem mais nas reuniões, seus parceiros também exteriorizavam suas

inseguranças e anseios nos grupos; já das listas de debate *online*, os companheiros pouco participaram, pois quase nunca escreviam. Em algumas situações de campo, as mulheres pareciam descoladas de seus maridos, como se houvesse uma espécie de ruptura com a idéia de que o marido era a última palavra ou a mais importante (Luisa, Aurora e Filomena). Pude constatar essa independência, por exemplo, quando os maridos discordavam do parto domiciliar e, ainda assim, a mulher parecia decidida a experimentá-lo, como é o caso de Luisa,

O meu marido não queria um parto em casa. Eu disse para ele que queria e que teria, quisesse ele ou não porque o corpo era meu e eu faria com ele o que bem entendesse. Eu não me importava com o que ele pensasse (Luisa, mar. 2008)

Outras conseguiram convencer seus maridos, recorrendo às palavras e aos argumentos científicos, bem como à ajuda do profissional que as acompanharia, denotando, com isso, a existência de diálogo e de igualdade de peso entre a palavra masculina e a feminina (Fernanda).

Eu queria muito um parto domiciliar, mas meu marido não. Eu ficava insegura de decidir algo sobre nosso filho, de me responsabilizar por ele sozinha; por isso, precisava me sentir apoiada por meu esposo. Então, com muita conversa e com ajuda da doula, meu marido concordou. Se ele não tivesse concordado, eu não teria decidido. (Fernanda, jun. 2008)

Contudo, outras situações também puderem ser reconhecidas, como as mulheres que desistiram de um parto em casa pelo fato de o marido não ter concordado, dando sinais de uma hierarquia de gênero no interior do casal.

Eu quero muito, mas meu marido não pode nem ouvir falar. Eu fico indignada (ela se emociona) com essa reação dele. Ele nunca vem aqui, nem sabe o que é e ainda me impede de viver o que quero, por

medo. Isso não é certo. Se eu pudesse teria o bebê sem avisá-lo e ponto (notas de uma reunião de grupo, mar. 2009)

Nas cenas de parto, de outro lado, o masculino e o feminino mesclaram-se e compuseram polos diferentes do padrão do próprio casal e também do socialmente convencional. É o caso de uma das entrevistadas, que disse sempre ter sido muito *yang*, a que buscava o sustento e organização da casa, enquanto o marido era mais *yin*, artista, mais sensível, mas que, no momento do parto, precisou ser mais *yin* para poder esperar o nascimento, para suportar as dores e não tentar controlar a situação, enquanto o marido se tornou mais proativo. Essa parece ser uma situação de um casal invertido, para os moldes socialmente veiculados, que passou a ser, no parto, um “casal mais padrão”, da mulher mais sensível e do homem mais aguerrido e racional (Luisa e Veridiana).

Casos, ainda, apareceram em que a idéia de um parto em casa viera da parte do homem, sem que a mulher nem mesmo tivesse cogitado a hipótese (Veridiana e Filomena). É certo que afloraram em menor número, mas existiram, ou porque “quando a criança nasce no hospital ela é do médico” (marido de Benedita), ou porque o parceiro preferia uma experiência mais intimista pelo fato de sua trajetória pessoal assim o impulsionar (marido de Aurora).

O meu marido é quem quis o parto domiciliar, foi o primeiro a sugerir. Ele me disse que numa capital como São Paulo deveria existir alguém que topasse, para nascer como se nasce entre os índios. Depois eu concordei. (Veridiana, dez. 2009)

O meu marido sabia o que me esperava, por isso queria tanto que fosse com parteira e em casa. Ele já tinha lido muito sobre isso. (caso em que o marido da gestante era médico, Benedita, mar. 2008)

No entanto, nos encontros, muitos homens pareciam um pouco fora de território; eles queriam participar da gestação e do parto, mas não sabiam muito bem como e de que maneiras. Eles participavam das reuniões, mas a maioria falava pouco, mais observava e

apoiava suas parceiras; alguns ainda conseguiam apresentar seus medos e contavam com a doula para ajudá-los no momento do parto. Desse modo, existia um tipo de envolvimento que era mais suporte, estavam e estariam ali para estimulá-las, para ampará-las e para compartilhar a responsabilidade da experiência escolhida.

Você, como homem, tem que deixar ela escolher. Porque, caso contrário, ela ficará falando horas e horas na sua cabeça. (marido da Iara, abr. 2010)

Entretanto, existia também o que aqui denominarei de “novos pais” ou de “novos maridos”, homens que sabiam de todos os procedimentos médicos e de seus riscos, que participavam ativamente dos grupos e do trabalho de parto, que recebiam as crianças, cortavam o cordão umbilical, trocavam fraldas e partilhavam das noites em claro, dando vazão a outra caracterização de pai e de exercício da paternidade, que, a *grosso modo*, poderia ser considerada mais envolvida, sentimental, tátil e sem o tabu de que o “cuidar é coisa de mulher”.

Do outro lado, as mulheres do parto humanizado nesses grupos eram, em sua maioria, mulheres aguerridas, independentes, profissionais realizadas e “racional”, destoantes da idéia de “mulherzinha”. Eram mais “para o fora” e para o público, que indagavam e criticavam a sociedade em geral, não se ajustando, assim, ao padrão *yin* do feminino. Esse ser mais racional, algo, na leitura êmica, das mulheres dos tempos de hoje teria sido interpretado, entretanto, também como prejudicial para o trabalho de parto, à medida que não teriam conseguido demonstrar fraqueza e que teriam tentado controlar o trabalho de parto (Alice e Aurora).

Por outro lado, pautando-me em seus relatos e narrativas, o que parece acontecer bastante entre as mulheres do parto mais natural é uma reconfiguração do que praticavam e entendiam por feminino (Monica, Goreti, Alice, Estela, Veridiana e Liza). Passado o parto, muitas teriam desacelerado o ritmo de vida, teriam percebido um modo de existência feminino “mais suave”, nuançado e menos aguerrido. Existiram aquelas que refizeram

laços com outras mulheres, que passaram a entendê-las mediante outro registro, deixando de julgá-las “mulherzinhas” e de serem “misóginas”. De outra parte, outras ainda optaram por permanecer em casa temporariamente para dedicar-se à maternidade, sem se sentirem privadas de certas oportunidades, tendo assim escolhido porque puderam, já que se sabe ser essa dedicação uma faculdade de poucas mulheres brasileiras (Monica).

Essa mudança de perspectiva pede atenção à medida que praticamente todas as que optaram por um parto humanizado vinham de carreiras profissionais sólidas, de uma maior liberdade com o corpo e de uma independência econômica. Vivida a parturição e instalada a maternidade, não é que tenham abandonado o mundo público, tampouco a carreira, o corpo, o erotismo e a vida afetiva, mas teriam passado a perceber que o feminino poderia ser vivido com suavidade, contrabalançado, experimentado de outros modos e sem tanta necessidade de marcar presença, de reivindicação e de disputa por espaços sociais. Essa transformação, para as que denominarei de pós-feministas, afeitas à inclusão pública e à maior equidade entre homens e mulheres, por vezes, as surpreendia, sugerindo que outros pudessem ser os modos de existência do feminino e de sua coexistência com o masculino, ora compreendido não mais como preso ao corpo, mas enquanto conjunto de atributos sociais. Para que se possa ter uma idéia, algumas dessas mulheres, por exemplo, passaram a aceitar que os maridos passassem a ser o provedor temporário do lar (Veridiana e Monica), o que, antes, soaria como uma possibilidade impensada. Essa situação, entretanto, não poderia ser estendida a todas as mulheres analisadas; algumas, como constatado, sentiram-se tolhidas, aprisionadas e cerceadas em sua liberdade de ir e vir depois de terem parido (Benedita). Em razão disso, a maternidade chegou a ser, interpretada como morte de uma identidade feminina, que, depois de nascida a criança, nunca mais se reconstituiria (Benedita e Veridiana).

Em que a pese essa reorientação do feminino não poder ser estendida, ainda assim solicita análise pormenorizada, posto que bastante recorrente em campo. Pude perceber que um conjunto significativo de mulheres se engajara profissionalmente no ideário do parto humanizado, muitas demonstrando interesse e desejo de trabalhar com outras gestantes e

mediante a filosofia do parto mais natural (Fátima, Luisa, Fernanda, Carolina, Roberta, Monica, Goreti e Beatriz).

De minha parte, tendo a concluir por uma maior flexibilidade na prática do feminino e também do masculino e a entendê-los aqui como atributos situados além do corpo físico. Sendo assim, trabalharia com a hipótese de uma desconstrução de padrões rígidos de gênero, porque percebi que homens adquiriram um caráter mais feminino e que mulheres deixaram de se masculinizar, suavizando sua existência pública e também privada, o que, entretanto, talvez pudesse indicar a tomada de lugares já esperados socialmente.

Em função disso, concordo com Salem quanto à proposta do casal enquanto “dois em um”, que se dedica a um projeto de integralidade situado na vida conjugal nuclear, ainda que esse ponto tenha aparecido também matizado por laços de amizade que transcendiam o casal, ampliando a relação entre a parte e o todo. Contudo, de modo geral, tenho receio de pensar no apagamento das diferenças entre masculino e feminino, acreditando mais em sua persistência, ora assumida por um dos polos, ora por outro, mais no sentido de uma complementaridade do que de uma hierarquia com padrões *a priori*. Dessa forma, talvez concorde com sua conclusão quanto à confusão desses atributos, mas não quanto ao apagamento ou à sua indistinção. Entre esses casais, embora pareça existir uma liberdade maior para a tomada de determinados espaços, homens e mulheres não parecem ter-se apagado, mas persistido em seus modos de ser, ainda que isso tenha permitido também uma (re) leitura do exercício de seus atributos masculinos e femininos. Em outras palavras, reconheci não só persistências, mas também a importância da relação para a tomada de determinados espaços, sejam os tidos como os masculinos ou os tidos como os femininos. Essa constatação poderia ser, por isso, hipoteticamente, melhor interpretada à luz dos escritos de Wagner (2010), quanto aos modos de simbolização “convencionalizante” e “diferenciante”, e de Strathern (2008) acerca da *performance* de gênero masculina e feminina entre os Hagen, ainda que ambos os autores tenham trabalhado a partir de outras “culturas” e em que pese Wagner acreditar que entre as sociedades euro-americanas prevaleça o modelo convencional, o que trabalha a partir da noção de uma personalidade inata, inclusive quanto à diferenciação sexual.

Em campo, encontrei homens mais sensíveis, homens mais machistas, homens intolerantes, mulheres racionais, mulheres aguerridas e mulheres que passaram a experimentar a existência feminina sem tanta cobrança social e econômica depois do parto. Esses papéis misturaram-se, foram trocados e restabelecidos, muito mais do que desconsiderados. De algum modo, só puderam ser exercidos na relação - nas cenas de parto e nos itinerários gestacionais - em um processo que tanto convencionou identidades rígidas de masculino e de feminino, quanto sinalizou a produção da diferença, além das convenções sociais, no sentido da “simbolização diferenciante” trabalhada por Wagner (2010:135) ao pensar sobre a configuração da personalidade entre os Daribi:

... a família (e na verdade a sociedade como um todo) não é “planejada”: é precipitada. Onde isso fica mais aparente é na diferenciação sexual. Homens e mulheres criam sua interação como tais agindo um contra o outro, atuando como “homem” para alguém que atua como “mulher” e elicitando uma resposta, “pondo à prova” o outro sexo, tomando os signos da masculinidade e transformando-os em feminilidade ou vice-versa. O fato de que homens e mulheres em grupos tribais, camponeses e de “classes baixas” se mantêm separados uns dos outros, desenvolvendo clubes e estilos de vida próprios e interagindo em disputas, deboches e relações sexuais, não é um problema psicológico superficial a ser sumariamente explicado por teorias referentes à biologia, função ou privação. É algo central em sua modalidade de criação da realidade social – é o meio pelo qual essa realidade é criada. Cada sexo diferencia-se do outro de maneiras inventivas, improvisatórias e muitas vezes simplesmente peculiares. Ao reconhecer de forma implícita o caráter e as qualidades do outro, provocando-o à existência, por assim dizer, cada qual cria a complementaridade sexual em que a vida social se baseia (Wagner, 2010:149).

Sendo assim, nesses casos, pode ter acontecido aquilo que Strathern pôde identificar na sociedade melanésia: masculino e feminino, antes de inscritos em determinados corpos, são

atributos que somente podem vir a caracterizar um homem ou uma mulher de acordo como o requerido em determinadas situações, ou seja, em relação, mediante a performatização de determinadas atitudes que são solicitadas em determinados espaços e situações sociais.

Segundo essa orientação teórica, a perspectiva individualista precisaria, paradoxalmente, aqui ser conjugada às leituras mais relacionais da construção de pessoa, não àquelas que pensam o todo como determinante da parte, mas como as que priorizam pela relação enquanto mecanismo de subjetivação (Wagner, 2010 e Strathern, 2008).

#### **- Em relação: médicos, parteiras e parturientes**

Privilegiar um parto mais natural não parece implicar a abdicação de um profissional da saúde, tampouco desconsiderar suas palavras e seus conhecimentos. Nesse sentido, ainda que se trate de mulheres críticas e que queiram outras experiências de parto, não parece ter havido negação ou rechaço da medicina tradicional e da figura do médico. Em alguns casos, a palavra médica persistiu dotada de muita legitimidade, como se o dito pelo profissional adquirisse o tom de verdade e de lei. É o que vi, por exemplo, com relação ao coordenador do grupo institucional, que só por entrar na sala de parto já tranquilizava a parturiente que se via, minutos antes, pedindo anestesia. De mais a mais, nos encontros e atendimentos individualizados, pude perceber a obediência à palavra médica e identificar mulheres procurando uma segunda opinião, realizando outros exames e até mesmo migrando de profissional com 38 semanas de gestação.

Um parto desassistido parece ser um ato para poucas e, ainda assim, quando apareceu, esteve relacionado ao suporte de algum profissional da saúde, seja durante, seja imediatamente depois do nascimento do bebê (Ana e Estela). Dessa maneira, a figura do profissional da saúde, seja ele um médico, seja uma parteira urbana, contribui para a segurança da parturiente. De igual modo, durante o pré-natal, é decisiva para que se tenha confiança de que a criança está bem e saudável. Pelo que pude depreender, a grande maioria pediu pelo profissional e partilhou de seus ensinamentos e conhecimentos, sem, no entanto, deixar de indagá-lo, de criticá-lo e de dele discordar se entendesse necessário. Para

isso, busca-se um profissional com quem se tenha empatia, respeito e confiança, mais afeito à humanização do nascimento e com quem tenha previamente acordado o modelo de parto. Esses médicos e parteiras poderiam, assim, serem equiparados ao xamã do artigo de Lévi-Strauss (1996), pois aptos para restabelecer a ordem e a confiança da parturiente - a de que tudo daria certo – e, assim, uma demonstração da “eficácia simbólica” de um ideário, no caso em tela, tanto o do parto humanizado como também o do médico.

A eficácia simbólica consistiria precisamente nesta propriedade indutora que possuiriam, umas em relação às outras, estruturas formalmente homologas, que se podem edificar, com materiais diferentes, nos níveis diferentes do vivente: processos orgânicos, psiquismo inconsciente, pensamento refletido. (Lévi-Strauss, 1996:228)

No entanto, quando a mulher desconhece a orientação do obstetra e ao longo da gestação percebe tratar-se de um “cesarista”, não raro abandonou seu consultório (Veridiana) e pediu aos grupos e listas por recomendação de outros profissionais. Além disso, mesmo a escolha de um profissional adepto da humanização não parece ser requisito suficiente para confiança e para satisfação durante o parto, posto que, entre elas, também apareceram situações de incômodo com algum dos médicos ou parteiras escolhidas, senão vejamos:

Ela dirigia muito as minhas posições, me chamava o tempo todo. Eu queria ficar na minha. Eu sabia que ela tinha fama de conduzir o parto, mas ainda assim decidi arriscar (Beatriz, mar. 2009)

Eu chorei porque ela gritou comigo, dizendo que tinha que decidir se queria ser mãe ou não.

(Benedita, Alice, mar. 2008)

Entretanto, ainda assim, quando tudo “corre bem”, quando o parto acontece satisfatoriamente, muitas exaltam a gratidão à equipe humanizada que as acompanhou, consignando que, para a conquista do parto desejado, tais pessoas teriam sido de

fundamental importância, seja porque transmitiram segurança, seja por terem realizado o procedimento necessário. Em contrapartida, quando algo não termina como planejado, vigora a tendência de discursos vitimizantes, nos quais as mulheres atribuem aos médicos o que não consideram satisfatório. De fato, poucas foram as que reconheceram sua responsabilidade em, por exemplo, um parto cesárea ou numa transferência de um parto domiciliar para o hospital (Luisa e Fernanda). De outro lado, entre os profissionais, encontramos os que têm um caráter mais ativo e aqueles que procuram deixar o casal mais à vontade, tentando não interferir muito na cena de parto.

Eu vou para a casa de uma mulher lavar pratos, pois o parto quem faz é ela. Eu fico ali, para atender telefone, limpar alguma coisa, etc. (médica que acompanha partos em casa, Luisa)

Ela é muito discreta e isso foi muito importante para mim. Eu quase não a via na minha casa enquanto sentia as contrações. (mulher do grupo independente, comentando atuação da parteira urbana que a acompanhou no parto, ago. 2009)

Um fato curioso persistiu mais no grupo institucional: a ameaça de ausência do coordenador do grupo, no momento do parto. Por tratar-se de uma instituição pública, com sistema de plantões, sabia-se que o médico poderia não estar no hospital em determinados dias e isso, entre as mulheres, costumava desencadear insegurança, em que pese terem optado pela filosofia e não por um médico do grupo em especial. Entretanto, nos dias em que as palestras eram proferidas por ele, a atenção parecia redobrada, as salas ficavam cheias e muitas eram as “conversas de canto”; depois de encerrado o encontro, pude perceber que quase todas as gestantes queriam com ele dialogar, sanar dúvidas, receber sua atenção e ter a confirmação de que tudo caminhava normalmente.

... mas e se o Dr. X não estiver no hospital esse dia? E se alguma coisa der errado?”

... ainda bem que ele não estará de férias no dia do meu parto.

Quando conversei com ele, fiquei mais tranquila. Se era para fazer, vou fazer e ponto.

(notas de campo esparsas do grupo institucional, 2008-2010)

Essa questão da confiança parece contribuir também para a escolha de uma parteira ou de um médico. Um conjunto grande de mulheres preferiu uma parteira por se sentir mais à vontade, pois a viam como uma profissional supostamente menos invasiva e mais paciente. Existia uma percepção de que a parteira seria “mais do toque” (Benedita e Alice), “que por ser mulher entenderia melhor o que se passava”, “que usaria métodos alternativos para suavizar a dor” e que “esperaria o meu tempo” (Veridiana). Como acontecia com os médicos, a parteira também foi foco de gratidão e exaltação depois de um parto a termo, conforme o desejado. Dessa forma, optar por outros modos de parir não parece significar dar à luz sozinha, sem a influência, sem a crença e sem a confiança no saber médico ou de outro profissional da saúde; esses profissionais são, ao contrário, bastante valorizados e considerados, ainda que, em seus discursos, as adeptas do parto humanizado possam não reconhecer tão prontamente a sua importância e a sua influência em suas práticas e em suas atitudes.

### **- Do medo e do risco**

O jogo entre medo, risco e perigo aparece com uma configuração diferente da vigente na medicina e na sociedade em geral. O medo do parto existe, não é possível negá-lo, e aparece em praticamente todos os encontros e nas listas. Essas mulheres têm medo da dor, têm medo de “dar errado”, têm medo de terminar em uma cesárea, de não saber a hora certa de ir ao hospital e do ritmo das contrações. Elas carregam o medo como carregam o bebê em seus úteros; no entanto, contra o medo dizem se apresentar e, em geral, acreditam poder enfrentá-lo, não cedendo à rotina de procedimentos de suavização da dor, aceleração do parto ou do parto abdominal.

Nesse sentido, o medo não as paralisa; ao contrário, mobiliza-as, e isso porque superá-lo e apresentar-se ao risco parece operar como condição *sine qua non* da experiência de parto

que desejam. Ceder ao medo significaria, na linguagem nativa, entregar-se à medicina que “vibra na doença” (Fátima), ao parto padrão e ao parto típico, para mais um parto e, dessa forma, não seguir no encaixe da parturição que poderia afetá-las e apresentá-las à intensidade, no sentido de uma experiência extraordinária, diferente e significativa.

Percebi que o medo existe, que os riscos de uma gestação e de um parto são apontados e debatidos e, principalmente, interrogados. Elas põem em dúvida a certeza do risco, colocando-o no campo da exceção e não da regra, como entendem acontecer na medicina tradicionalmente praticada. Decidem fazer-lhe frente e superá-lo. O risco de um parto pélvico domiciliar, por exemplo, é considerado grande, mas uma das entrevistadas, ainda assim, decidiu vivenciá-lo para poder ter o parto que queria ou compreendia como o mais adequado à sua trajetória (Alice). Embora o risco de um parto domiciliar, para algumas, seja grande, muitas optam por essa modalidade de dar à luz.

O interessante é que essa postura, a de questionar o risco, também tem aberto brechas para revisão de rotinas hospitalares, tais como a da necessidade do corte da vagina, a impossibilidade de uma gestação ultrapassar a quadragésima segunda semana, a ausculta constante dos batimentos cardíacos, a necessidade do jejum, entre tantas outras atitudes questionadas pela medicina baseada em evidências. Para que se possa ter uma idéia, a partir da década de 2000, a tricotomia e o enema deixaram de ser realizados de rotina em alguns hospitais, posto que teria ficado comprovado que o risco de infecção pelos pêlos ou pelas fezes era muito menor do que o gerado pela raspagem e pequenos cortes e lavagem intestinal.

Na mesma esteira, a noção de perigo também tende a vir desalojada. Para aquelas que almejam um parto humanizado, perigoso pode ser parir no hospital, pode ser uma cesárea ou o desconhecimento daquilo que costuma acontecer nas instituições brasileiras. Embora muitas possam ser consideradas “loucas” e “insensíveis”, quando não “egoístas”, devido ao fato de arriscarem a saúde da criança em nome do tipo de parto esperado, na leitura das mulheres desta etnografia, o risco e o perigo estariam “no corte” (Alice e Beatriz), “no

artificial” (Liza), nas intervenções que a criança receberá ao nascer e em uma lesão vaginal desencadeada por uma episiotomia.

Nesse sentido, diz-se “trabalhar o medo” para que o risco e o perigo possam ser superados e para que se possa experienciar o parto idealizado. E ao fazerem-no, categorias de entendimento como essas sofrem uma desestabilização, passando a comportar outros sentidos e significados, passando a atuar como condições para a intensidade, saúde e satisfação, tanto da que dá à luz quanto daquele que nasce.

Essa relação de enfretamento do risco e do perigo poderia ser tematizada à luz da idéia de Pal Pelbart (2008) acerca de uma “vida besta” e de “uma vida”. Para o filósofo, existiriam, na contemporaneidade, tentativas de se escapar da vida besta, daquele corpo domesticado e controlado, vigorando, assim, um desejo de ruptura com esse “corpo que não aguenta mais”. Essa seria uma reação a tudo o que coage à corporalidade, pela mutilação da biopolítica ou resultados da disciplinarização. Exatamente, por isso, em sua leitura, a retomada de “uma vida” viria pelo contato do corpo com o mundo, pela recuperação de sua afetação, do jogo entre vida e morte e entre homem e animal. Dessa maneira, pensando por esse ângulo, por que não aventar a hipótese de que essas mulheres pretendem uma vida em nome do corpo que não aguenta mais?

### **- Corpo grávido e corpo na cena de parto**

Nas reuniões dos grupos, vi-me entre barrigas à mostra, minissaias e tops, quando não ao lado de uma mulher amamentando sem tapar o seio, ainda que os homens estivessem na sala e esses sejam tempos em que algumas mulheres poderiam ser presas por amamentar na rua, como recentemente aconteceu nos Estados Unidos. Eram corpos bonitos e, às vezes, até mesmo modelos de ensaios fotográficos entre amigas ou com o parceiro para servirem de recordação da gestação. Dessa maneira, mulheres vaidosas e homens dizendo sentirem-nas mais desejáveis quando grávidas compuseram minha cena e surpresa na entrada em campo. No mesmo sentido, estar grávida, para a maioria delas, parecia ser um estado de saúde, de bem-estar e de beleza, ao menos para aquelas que não enjoavam com frequência,

sentiam-se muito inchadas e tinham muito sono, uma minoria em meu universo de pesquisa.

Eu levava uma vida normal, andava de bicicleta, trabalhava, fazia exercícios (Ana)

Eu nadava, corria e fazia ioga (Monica)

Eu acho que ela agora está ainda mais bonita. Eu tenho mais desejo por ela ultimamente (comentário de um marido no grupo independente, set. 2009)

Esses corpos não eram tapados, escondidos ou objetos de um respeito sagrado, aqui no sentido de puritano, mas corpos comuns, simples e apreciados. Para uma das entrevistadas, por exemplo, estar grávida foi tão prazeroso que, depois do parto, sentiu saudade da gestação e da barriga, mas não das dificuldades para a criação da criança (Fernanda), enquanto para uma outra, a percepção tinha sido totalmente diversa, “tudo tão estranho, corpo estranho, muda muito, difícil de gostar” (Veridiana).

Eu me atreveria aqui a sustentar a hipótese de que o corpo grávido pode ser, para algumas delas, um corpo sensual, um corpo para ser mostrado. Digo isso por causa das roupas, posturas e trejeitos, assim como por causa do uso de acessórios como colares, faixas, miniblusas e vestidos, que as adornavam de modo a ressaltar a gravidez. Barrigas tocadas e à mostra, nuas para os outros verem e, assim, barrigas orgulhosas. Além disso, somada a essa exposição, existiram também confissões de um aumento significativo do desejo sexual durante o período gestacional (notas de campo do grupo independente, 2009).

Em outro sentido, sua nudez pôde ser vivida também, sem problemas, no momento do parto, seja entre os amigos que o assistiram, seja entre os companheiros, as parteiras ou mesmo entre os filhos já nascidos. Essas mulheres não demonstraram pudor nem mesmo perante os estranhos às cenas de parto, como é o caso dos médicos residentes, que assistem

aos partos do grupo institucional ou demais médicos presentes em outras instituições hospitalares. Dessa maneira, as situações de nudez não as inibiam, mas, contrariamente, incomodavam aos médicos e às enfermeiras dos hospitais, como indica uma das participantes do grupo independente:

... eu estava lá, nua, sem problema algum, e a enfermeira vinha todo o tempo: você precisa colocar a camisolinha, você precisa colocar a camisolinha. Eu nem queria saber de roupa, estava parindo gêmeos naturalmente e lá ia querer saber de roupa!? Eu não pus a tal da camisolinha, quando dei à luz, ela voltou dizendo que tinha que pôr roupa porque pegaria mal andar nua pelo hospital. Eu me lembro que respondi: querida, pouco me importa. Eu pari dois, estou podendo, que se dane a roupa (Iara, mar. 2010)

... quando nós chegamos na casa dela, ela estava de quatro, completamente pelada, com o filho mais novo, tentando olhar para a vagina dela. Ela já estava totalmente na partolândia, em outra dimensão. Estava para nascer e ela nem ligando...  
(comentário da médica do grupo independente, fev. 2010)

Eu tinha acabado de dar à luz e queria ficar nua no hospital. Eu não queria colocar roupa e muito menos usar absorvente para estancar o sangue. Mas a enfermeira vinha todo o tempo me mandando botar a camisola. Eu não quis, a médica apareceu e pediu por meu marido. Ela disse ao meu marido que eu estava ameaçando a vida de minha filha, poderia contaminá-la. Por isso, me proibiu de colocar as mãos em minha própria bebê. Uma loucura! Eu só queria ficar com tudo arejado, minha vagina tinha o tamanho de um melão e eles queriam que eu colocasse roupa, calcinha e absorvente. (Liza, dez. 2009)

Dessas narrativas e ponderações, poderia extrair a consideração de que um tipo de estetização do parto - como acontecerá, em que local e de que maneira – pode ser pensada

já durante a gestação e a partir do cuidado com o corpo grávido. De modo geral, as mulheres etnografadas, durante a gestação, nadavam, faziam ioga, andavam de bicicleta, eram vaidosas e procuravam se alimentar de maneira equilibrada. Poder-se-ia cogitar, portanto, que, já na gestação, havia uma tentativa de singularização, de intensificação dos cuidados com o corpo, mente e existência, ou que suas vidas já vinham pautadas por essas questões, ou que, então, tinham compreendido a necessidade para a conquista do parto humanizado.

#### **- Na transgeracionalidade: mães e filhas dando à luz**

No encaço das representações de parto e dos motivos para uma não cesárea, uma vez mais me surpreendi, ao perceber que a relação com a mãe da mulher que pariria ou, então, com o seu próprio nascimento, poderia ser importante para a escolha do modelo de parto, tanto positiva quanto negativamente. Para mulheres que nasceram vaginalmente, a palavra materna conferiu maior confiança no parto mais natural, ou seja, em sua capacidade para dar à luz nos moldes propostos pelo ideário da humanização. Dito de outro modo, se sua mãe sentiu-se bem e satisfeita com sua experiência pessoal, essa seria, de modo geral, a carga transgeracionalmente transferida (Liza).

... se minha mãe conseguiu, eu também vou conseguir.

Na minha família somos parideiras, por isso vou tentar normal. Eu acho que não terei problemas.

Minha mãe sempre me disse que a recuperação da cesárea é muito pior do que a do parto normal, por isso vou tentar o normal.

(notas de campo dos encontros dos grupos independente e institucional, 2008-2010)

De outro lado, se a mãe da parturiente experimentou dor, maus-tratos ou, ainda, perdeu a criança no parto, essa herança era negativa e fazia com que as mães tendessem a proteger suas filhas, aconselhando-as a uma cesárea rápida e segura “para não sofrerem”.

Eu não quero que minha filha passe por um parto normal. Ela vai sofrer muito, quero que ela faça uma cesárea. Para quê sofrer?  
(trecho do documentário *Nascendo no Brasil*, 2002)

Contudo, o interessante são as experiências positivas que, de acordo com algumas narrativas de campo, puderam ensejar dificuldades no parto da segunda geração. Esses foram os casos de Monica e de Goreti, que, muito confiantes na capacidade de dar à luz, como havia acontecido com suas tias, avós e mães, acabaram se frustrando com o advento de uma cesariana. Desse modo, ser de uma “família parideira”, por vezes, não garantiu o parto natural e, pior, majorou o descontentamento. Por isso, também percebi, em outras situações, que algumas das mulheres dos grupos procuraram evitar e apartar suas mães de suas histórias e escolhas de parto, para evitar uma carga negativa ou muita intromissão. Para que se possa ter uma idéia, durante a pesquisa, muitas mulheres não quiseram a mãe presente na cena de parto e durante esse trabalho, partia-se do pressuposto de que a mãe poderia complicar esse procedimento, temendo, infantilizando ou criticando as filhas que, então, se tornariam mães.

Eu queria uma reunião do grupo para as nossas mães e sobre parto domiciliar. Porque minha mãe não concorda, eu queria que ela escutasse vocês, mas também nem sei se ela viria. Por isso, acho que não quero ela no dia do meu parto. Vou chamá-la somente quando tiver nascido. Eu não quero ser criticada na hora H, sabe?  
(notas de campo do grupo independente, jan. 2010)

Não obstante, como sempre era difícil encontrar a homogeneidade, outras diziam precisar da mãe na cena de parto porque receberiam suporte e palavras de incentivo. Quanto a essa divergência, acredito que a maioria não desejava estar acompanhada de suas mães.

Eu atendi a uma mulher no México, cuja mãe telefonava todos os dias, dizendo que ela iria morrer no parto em casa, e que isso era uma loucura. Essa mulher ficou tão perturbada, que tive de aconselhá-la a evitar os telefonemas de sua mãe por um tempo.

(palavras da parteira mexicana Naoli Vinaver, workshop no Brasil, dez. 2009, tradução minha)

Se a questão desponta, assim, dúbia e delicada, parece tornar-se ainda pior para algumas parturientes, que carregam uma espécie de dívida simbólica perante a geração anterior. Esse foi o caso de Beatriz, para quem, como pude ver, parir em casa e naturalmente funcionava como uma forma de oferecer à mãe aquilo que ela não tinha tido. No mesmo sentido, negativa também pode ser a herança das mulheres que têm de conseguir isso, porque todas as mulheres de sua família o conseguiram. Dessa maneira, nesse jogo transgeracional, a certeza está longe de prevalecer, e o débito ou o crédito excessivos podem comprometer psicologicamente um trabalho de parto e a própria relação entre mãe e filha. Difícil, quando penso em meu campo, é não considerar a presença dessa relação entre mulheres de diferentes gerações no que tange às suas experiências de parto e processos decisórios.

#### **- Eu, natureba?**

Não raramente, tive a oportunidade de ouvir suposições sobre meu universo de investigação. Uma das mais frequentes dizia respeito ao estilo de vida das mulheres que optam por um parto humanizado, apressadamente pensado como alternativo, “bicho grilo”, “que vive como os índios”, ou como “hippie”. Não obstante, como já adiantado, percebi que essa lente era restritiva e, até mesmo, preconceituosa e que, como resultado final, poderia reduzir a pluralidade por mim detectada em campo.

Por certo que apareceram, com frequência, as vegetarianas, as admiradoras da antroposofia, as afeitas aos tratamentos da medicina oriental e da medicina doce, as ecologistas e as apreciadoras da vida rural. Ocorre que isso, por si só, não me pareceu servir de linha geral para uma caracterização, pois desses modelos outras tantas escapavam, como Carolina,

Monica, Iara, Filomena, Liza e Edith. Para citar, um conjunto significativo dessas mulheres “comia de tudo”, tratava-se com alopátia, priorizava cálculos, dados e estatísticas, via-se inserido em âmbitos de trabalho bastante competitivos, como bancos e grandes empresas e faziam questão de ressaltar que não eram “naturebas”. Dessa forma, bem longe disso, o campo sugeria, com mais notoriedade, a complexidade e o hibridismo encontrados quando e se perguntava por ética e estilos de vida das mulheres desta etnografia.

Eu não sou hippie e o meu parto não foi hippie. Eu quis o parto em casa porque li e estudei e sabia que era o melhor para mim e para minha filha. O meu marido é engenheiro, todo quadrado, nós pesquisamos muito.

(Liza, dez. 2009)

Eu não me considero alternativa, mas tem gente do grupo que quer fazer disso uma bandeira. Eu não me visto de determinado modo para ser alternativa, nem gosto de ser chamada de alternativa. Escolhi o meu parto dessa forma porque me pareceu a melhor opção, porque confiava em mim. Mas que tem gente que faz disso a alternatividade, ah... isso faz.

(Edith, nov. 2009)

Por essa razão, se “as alternativas” compuseram meu âmbito de pesquisa, as supostamente “padronizadas ou conservadoras” também teriam dado forma ao meu conjunto de adeptas do parto mais natural. Talvez, em menor medida, mas compuseram meu campo e decidiram por outros modelos de parto, tanto por ativismo, quanto por ser o melhor modo cientificamente comprovado. Como consequência, indicavam a necessidade de uma ruptura com leituras estigmatizantes de quem seriam essas mulheres no Brasil dos anos 2000. Diante disso, inclino-me a uma conclusão diferente da apontada por Salem (1987) e por Tornquist (2004), quando penso nos participantes do parto humanizado de nossos tempos, porque não acredito que seja possível mais ou primordialmente pensá-los como filhos da contracultura e tampouco como da vanguarda ou como neohippies, porque diferentes são as

mulheres, os estilos de vida, o norte ético e os desenhos de sua existência, como bem acentua uma das entrevistadas:

Eu acho que hoje já tem de tudo nesses grupos, mulheres de tudo quanto é tribo, não dá para dizer que é coisa de bicho grilo mais. E sinceramente acho isso bom, porque assim sai do gueto. (Veridiana, dez. 2009)

### **- Técnicas de si e técnicas de saúde na parturição**

Se híbridos parecem ser os modos de conduzir a própria vida quanto à religião, à alimentação, à moradia e à profissão, entre outros marcadores, de igual modo poderiam ser pensadas as técnicas corporais empregadas durante o trabalho de parto. Pude perceber, por exemplo, um emprego cada vez maior de técnicas de saúde orientais na cena de parto: massagens e manobras corporais japonesas, acupuntura, infusões e ioga são algumas das técnicas mais procuradas e utilizadas; percebi, ainda, que o uso dessas técnicas vinha, em algumas situações, aliado a uma visão mais imanentista de espiritualidade, ou amparado por ela, ao menos. Isso foi o que pude ponderar ao encontrar gestantes acreditando na integração entre o cosmos e o indivíduo, entre a natureza e o espírito, na vida que é o “aqui e agora” e no parto como manifestação desse sagrado, que parece ser natureza, corpo e espírito a um só tempo. Nesse diapasão, poderia ser esse parto, no que tange às técnicas empregadas e a uma cosmologia bastante particular de sua sacralidade, também ser interpretado, à luz das idéias de Colin Campbell (2001), como um acontecimento em que se tem experimentado um processo situado de “orientalização do ocidente”.

Para o sociólogo, no decorrer dos quatro últimos séculos, teriam existido abalos sucessivos na doutrina do cristianismo, o que teria gerado espaço para que a imagem transcendente do divino se tornasse cada vez mais imanente, explicitando uma espiritualidade mais integrada e ligada à natureza. No mesmo compasso, teria despontado o movimento “Nova Era”, corrente espiritualista que envolve valores progressistas de autodesenvolvimento e de autossatisfação, assim como o movimento ecológico e ambiental. Os anos de 1960 seriam o

marco desse novo paradigma, que entende homem e planeta como conectados; um modo de ver o mundo bastante próximo das filosofias orientais, reproduzido, depois, pela contracultura e pelo movimento hippie.

Em que pese a obra de Campbell ser criticada por seu tom por vezes eurocêntrico e totalizante (VELHO, 1997), há quem analise as novas técnicas usadas na saúde, bem como as próprias concepções de saúde operantes na atualidade a partir de seus escritos. Nogueira (2007) é uma dessas autoras, ao tentar entender a difusão das medicinas alternativas no Brasil. Segundo sua pesquisa, novos modelos de cura e de saúde teriam aflorado nos anos de 1970 em virtude da influência da contracultura consumida pela classe média brasileira, tendo depois se solidificado nos últimos 20 anos e adquirido novos adeptos. Entre as principais técnicas incorporadas pela medicina científica, estaria, segundo ela, a medicina tradicional chinesa, a ayurvédica, a homeopatia e a fitoterapia popular, tidas como “mais naturais”, menos invasivas e menos iatrogênicas do que a medicina convencional. Essa mescla de técnicas de cuidado, em sua acepção, sugere

... a reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico; reavaliação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica; busca de meios terapêuticos simples, menos caros, com igual ou menor eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população; construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente; afirmação de uma medicina que tenha a saúde e não a doença como categoria central de seu paradigma. (NOGUEIRA, 2007:857)

Para o Oriente, homem e natureza, espiritual e físico, mente e corpo possuem unidade, enquanto, para o Ocidente, caricaturado, por certo, a visão desses pares seria compartimentada e dicotomizada. Se, a partir desse momento, uma visão cada vez mais oriental parece ter atravessado mentalidades e imaginários ocidentais, e brasileiros, uma nova forma de vida, segundo Nogueira, mais imanente, teria passado a operar, disparando

iniciativas como a do parto humanizado, que neste vê uma integralidade pouco valorizada pela medicina ocidental moderna e convencional. Em razão disso, pode-se aventar a possibilidade de que a presença das medicinas doces e holistas, de noções de cura e de saúde mais tradicionais, bem como da presença das parteiras urbanas nas cenas de parto poderiam ser compreendidas, em nosso contexto atual, como sinais desse processo mais amplo defendido por Campbell. Esse encontro de paradigmas da área da saúde recebeu destaque no trabalho de Tornquist (2004), que, ao analisar o parto humanizado no Brasil, pôde constatar a vigência da ciência e da “medicina alternativa” nesse ideário. Assim:

... 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 distintos do universo alternativo e, de outro, os alternativos incorporarem elementos do discurso biomédico. Para isso, a capacidade de negociar sentidos tem sido fundamental (Tornquist, 2004:197).

#### **- Cesárea: do corte, o não dito e a frustração.**

Nossa! Coragem é cesárea!  
(notas de campo, out. 2009)

O que eu mais temia era entrar na faca.  
(notas de campo, nov. 2009)

Nos dois grupos etnografados, fala-se sobre a importância da cesárea, contanto que seja necessária. Procura-se informar sobre sua “real” necessidade, mediante relatos de casos, assim como oferecer o seu passo a passo enquanto procedimento médico, ressaltando ser uma cirurgia de médio porte, que envolve uma recuperação lenta e eventuais sequelas físicas e emocionais, tanto para a criança quanto para a parturiente, além de indicar quatro vezes mais chances de morte materna, quando comparada aos partos vaginais (notas de campo, 2008-2010). Desse modo, “fala-se dela não só porque pode ser necessária”, porque “é preciso preparar-se” e porque “ainda bem que a cesárea existe para salvar vidas em

partos muito complicados”, mas também porque se critica o fato de ter-se tornado regra da atenção ao nascimento.

De outro lado, nas narrativas femininas, a cesárea é apresentada de maneira dura e fria ou, então, como técnica invasiva e artificial, podendo ser, no entanto, feita de outro modo, “humanizadamente”. Assim considerada, seria aquela comunicada e acordada com o casal, segundo a qual o pai poderia estar presente e o bebê, logo que retirado, seria posto em contato com a mãe para o estabelecimento da relação pele a pele e para a primeira mamada. Geralmente, ocorre com baixa iluminação ambiente e sem tantos médicos e residentes presentes.

... eu não costumo dizer cesárea humanizada, mas sim uma assistência humanizada à cesárea (comentário de uma das médicas do grupo independente, mar.2010)

... cesárea não é humanizada de nenhuma maneira (médica do grupo independente, out. 2009)

Entre as mulheres dos grupos que a vivenciaram em um parto anterior, entretanto, a cesárea aparece como “trauma”, “ferida na alma” e “frustração”. Para as mães de primeira viagem, vem simbolizada como “corte”, “sangue”, “fragmentação da pessoa”, “anestesia que apaga” e “não sentir nada”. Enfim, desponta como temor, invasão e, para algumas, mais radicalmente, como violência. Existe, ainda, uma parcela que aceita bem uma eventual cesárea, desde que seja informada de seu motivo e de sua realização. Há, assim, uma oscilação, pois sabe-se que ela pode ser necessária, mas entre as mulheres e casais, que também chega ao ponto de ser evitada, até mesmo de falar dela, como se não fosse algo desnecessário ou impossível de acontecer com aquela mulher em especial. Esse não falar da cesárea, no entanto, é também criticado pelas próprias participantes do grupo, que tendem a reconhecer certa normatividade no próprio ideário da humanização e nos grupos que o compõem:

Acho que as discussões do grupo TÊM que trazer isso à tona, nós somos a semente da mudança que TÊM que acontecer. Se no fim vai ser cesárea ou PN, só Deus sabe, mas seja lá o que for, tem que ser com respeito, com carinho às pessoas que estão trazendo mais um serzinho ao mundo (lista de discussão, e-mail, 30.11.2009)

Eu acho que um parto pode tomar vários rumos, como foi o caso da (...). Uma coisa é uma cesárea por motivo palpável, após uma tentativa de parto natural, outra bem diferente, é uma desnecesária, marcada para atender a agenda do médico. O último tipo deixa sim um gosto mais amargo e para mim, que passei por isso, precisou ser resignificado. Fico com a explicação, para as cesáreas necessárias, de que elas evitam dores maiores. Continuo achando o ato de parir naturalmente natural é a primeira opção (lista de discussão, e-mail de 21.11.2009)

... voltando a notícia da cesárea, eu fiquei muito nervosa na hora, nunca havia pensado nessa possibilidade de ter que fazer cesárea, além do que morro de medo de cirurgia, também tremia muito depois da anestesia e achava que era de nervoso, minha filha nasceu bem, mas sinto que se eu tivesse me preparado para um parto cesárea tudo seria muito menos traumático (lista de discussão, e-mail de 23.11.2009)

Esse pode ter sido e ser o motivo para muita frustração entre algumas das mulheres etnografadas. Por não falarem ou nem mesmo cogitarem um parto abdominal, quando ele acontece, percebe-se a dificuldade de elaboração por parte daquelas que assim se posicionaram diante do assunto. O parto cirúrgico pode, então, funcionar como um tabu, como o que não pode acontecer, trazendo, nesses casos, consequências como depressão, distanciamento da criança e falta de desejo de gestar novamente. Talvez, por isso, o objetivo dos grupos seja apresentá-la e ressaltar sua importância, para que as gestantes se preparem para vivê-la, se necessário e caso aconteça, não descartando que, assim, poderia terminar o parto de cada uma delas. Não obstante, das reuniões sobre cesárea de que

particpei, pude depreender um desinteresse ou então uma resistência das gestantes para tratar do tema, opinião essa também compactuada por pessoas que trabalham com o parto mais natural, ao ponto de uma das coordenadoras do grupo independente, em uma conversa informal, ter ressaltado: “parece loucura, mas as reuniões sobre cesárea não fluem, sempre emperra. É como se as pessoas não quisessem conversar sobre isso” (notas de campo, out.2009)

... há um medo de se falar sobre cesárea. Fala-se o mínimo possível. E o parto cesárea acaba se tornando uma experiência menor, quase vergonhosa. Isso é muito complicado. Porque já que há um trabalho tão rico de preparação de casais para o parto, tem que ser para qualquer tipo de parto, ou seja, qualquer possibilidade, já que cada parto é único, é uma surpresa. Ainda que tenhamos em mente que as mulheres que buscam o grupo estão à procura de um parto natural (lista de discussão, e-mail de 22.11.2009)

Para as mais radicais, a cesárea não acontecerá e não pode acontecer; por isso, quando acontece, são elas as que mais sofrem. Entretanto, para as que aceitam sua possibilidade e reconhecem sua importância, é vivida com mais facilidade. Entre os coordenadores, lamenta-se a necessidade de tal procedimento, mas também se reconhece a necessidade de sua existência, a sua possibilidade e o seu constante desenvolvimento no sentido de aprimorá-lo em seu atendimento e em sua prática.

Somada à cesárea como “corte” (Aurora e Beatriz) vem, por vezes, a sensação de fracasso, o recorrente “não consegui”, “não pari” e “não dei à luz” (Fernanda, Iara, Filomena). Esses sentimentos podem levar uma mulher a sentir-se diminuída, à medida que passa a questionar, entre outras coisas, a sua própria capacidade de ser mãe. Se assim parece ser, uma vez nos grupos, onde se fala muito de experiências bem sucedidas de partos em casa e nos hospitais e de que como um parto natural pode ser forte e intenso, corre-se o risco dessa mulher sentir-se excluída, inferiorizada e diferente, agravando ainda mais a situação e estabelecendo certa hierarquização entre as “poderosas”, as que “conseguem” e as que “não

conseguiram”. Nesse sentido, não são raras as passagens de campo que parecem sinalizar para o surgimento de normatização às avessas, ou seja, a de que o melhor parto é sempre e necessariamente um parto “mais natural”:

... planejamos um ideal, canonizamos, levamos como lei, né?! Assim como o parto natural que eu desejava tanto não aconteceu, a verdade é que quando tudo acaba, você agradece por existir a cesárea para salvar vidas como foi o meu caso. Eu estava focada demais no ideal, quando o ideal é desapegar do resultado (lista de discussão, e-mail de 25.11.2009)

Para que se possa ter idéia da possibilidade de normatividade do parto natural e de suas consequências para algumas mulheres, vale aqui lembrar um encontro de campo com a parteira mexicana Naoli Vinaver, na sede do grupo independente. Nesse dia, entre as participantes do seminário, estava uma gestante com um bebê transverso, ou seja, com o bebê atravessado na barriga, nem sentado, nem de cabeça para baixo. Esse tipo de apresentação é um sólido indicativo de cesárea, pois não há como a criança nascer “por baixo”. Essa mulher era nitidamente a mais triste do grupo, pois contava com 39 semanas de gestação e já havia tentado de tudo para o bebê girar, mas sem obter qualquer sucesso. Em um determinado momento, a parteira propôs um ultrassom lúdico, pois tocando as barrigas, desenharia a posição dos bebês e depois coloriria, para que as mulheres pudessem brincar e reconhecer a posição deles. Todas, muito rapidamente, levantaram as blusas e demonstraram-se ansiosas pela chegada de sua vez, mas essa gestante foi a única que não quis participar, pois, para ela, “ver o bebê atravessado” era uma imagem que não queria registrar. Embora as outras insistissem muito, não participou dessa prática.

Em outros casos, de acordo com o explicitado no tópico das entrevistas, as mulheres decidem parir naturalmente depois de uma cesárea para reelaborar ou superar o “trauma” vivenciado, pois esse procedimento é assim significado por elas. Fala-se muito da cesárea para poder digeri-la, fala-se para pôr para fora, quando não muitas choram e emocionam as demais mulheres dos grupos. Se o parto natural acontece, a satisfação ocupa o lugar que,

antes, era de uma ferida e, assim, o segundo ou terceiro parto vem como símbolo de superação, de coragem e de autodeterminação.

Falar sobre minha cesárea é muito importante. Eu preciso pôr para fora para poder digerir (correio eletrônico na lista do grupo institucional, dez. 2009)

Eu acredito que a palavra tem o poder de cura. Estou sentindo que isso é o que está rolando aqui com este assunto dos desabafos. Vocês sentiram isso também? Eu, pelo menos, me senti bem melhor depois de ler os depoimentos, muito obrigada pela partilha. Senti-me acompanhada, acolhida e não mais como a “bípede estranha” que não conseguiu parir, rsrs, achei muito importante que todas nós conseguíssemos falar ou escrever das diferentes experiências dos nossos trabalhos de parto (lista, e-mail de 23.11.2009)

Para as brasileiras, essa nova significação vem por meio de outras práticas de parturição; no entanto, para um grupo de catalãs, na Espanha, veio mediante a edição de um ensaio fotográfico publicado na forma de livro, cujo título era exatamente *Cesárea* (2010). Eu as conheci enquanto estive em meu estágio pós-doutoral, em um seminário intitulado “Parir com prazer”. Nessa ocasião, assisti à conferência da fotógrafa, que também tinha tido uma cesárea prévia. Segundo ela, as mulheres que posaram para o ensaio queriam dar outros sentidos à cicatriz deixada em seus corpos, por isso aceitaram ser fotografadas e publicaram seus relatos. Impressionei-me com essa iniciativa e, ainda mais, quando adquiri a obra, pois em seu interior encontrei fotos muito bonitas e extremamente sensuais que valorizavam a cicatriz da cesárea, todas rodeadas de relatos de parto e sobre a dificuldade de se digerir esse tipo de vivência. Eu tenderia a interpretar essa atitude feminina como mais uma tentativa de reelaborar o que, para elas, é luto e dor, ação essa que me pareceu criativa e lúdica, mas que, nem por isso, deixava de ilustrar os sentimentos de frustração, de decepção e de incompletude carregado por aquelas mulheres.

Existem ainda as mulheres que se recusam a falar sobre o assunto, as que são gratas à cesárea que gerou o desejo de outras experiências (Carolina e Luisa) e um conjunto significativo que propaga um discurso de vitimização, responsabilizando a medicina e os médicos pelo parto abdominal vivido (Iara e Filomena). Contudo, na maior parte dos casos, a cesárea poderia ser entendida como invasão e usurpação, como uma marca que pode ensinar, entre as próprias adeptas, tanto uma normatividade quanto ao parto natural, como o mais belo, o verdadeiro parto e como aquele capaz de produzir e apresentar a verdadeira mãe, como também o desejo de superação de algo tomado como negativo.

Por fim, a cesárea aparece, em muitos casos, como “o do que não se pode reclamar” (Monica, Fernanda e Luisa). Segundo algumas das narrativas de campo, depois do nascimento de seus filhos, ainda que insatisfeitas com a cesárea, viram-se em uma situação em que não podiam lamentar o procedimento, tendo em vista a saúde do bebê. Era preciso, em primeiro lugar, agradecer o fato de a criança estar viva, pois “a criança é o que mais importa”. Sendo assim, como o bebê nasceu bem, é como se não interessasse o que pensa aquela mãe. Por perceberem essa reação do entorno social, essas mulheres não se sentiram autorizadas a reclamar da cesárea ou, até mesmo, a manifestarem sua tristeza e desapontamento, introjetando a noção social de que o mais importante é a saúde do bebê, pois, afinal, “não se pode reclamar, é preciso agradecer, pelo menos o bebê está bem”. Esse parece ser um indicador do quanto o interesse médico e social recai mais sobre o recém-nascido do que sobre a mulher, vista como reprodutora, que está ali, naquela cena, somente para dar à luz, seja como for, interessando menos suas expectativas e suas impressões quanto aos modos de nascer, dando vazão a relatos tais como:

...durante a gestação se é tratada como uma rainha, todo mundo te dá espaço, cede na fila, no ônibus. Mas, quando a criança nasce, todos passam a te olhar como aquela que tem a obrigação de fazer tudo pelo filho. As coisas mudam, você de rainha passa a empregada. Esquece-se da mulher.

(doula do grupo institucional, mar. 2010)

## - Da anestesia

Se, com relação à cesárea, os sentimentos são esses, quanto ao uso e pedido da anestesia a questão vem à tona de maneira também nuançada. Discute-se muito sobre o uso e sobre as consequências da anestesia para a mulher e para a criança, mas a sua presença na cena de parto é tida como algo mais “aceitável” do que o “corte”. Essa questão aparece relacionada ao medo da dor, objeto do capítulo seguinte, e à capacidade individual de cada mulher de suportá-la. De maneira geral, a anestesia é vista como algo que não priva a mulher de parir e de viver o parto “mais natural”, “melhor seria que fosse sem, mas se a mulher já não aguenta mais, melhor tomá-la do que terminar numa cesárea” (notas de campo dos dois grupos, 2008-2010).

Nesse sentido, a epidural desponta como uma maneira de evitar a cirurgia, como se a linha de pensamento fosse mais ou menos a seguinte: como a mulher está cansada e com dor, melhor suprimir a dor para que ela tenha forças para a expulsão da criança, melhor poupá-la antes e naquele momento, para, depois, poder parir vaginalmente. Essa ao menos parece ser a justificativa do anestesista do grupo institucional, que tem uma proposta 8 vezes menor de analgesia, com a intenção de que a mulher possa ter mobilidade e força nas pernas para parir de cócoras. Entre as mulheres, de outro lado, aquela que pede anestesia é porque chegou ao seu limite, porque não aguenta mais; ainda que o melhor seja não pedi-la, isso não representa um fracasso nem uma inferioridade.

Existe no grupo independente uma metáfora para explicar o emprego da epidural: a do helicóptero. De acordo com uma parteira urbana, o parto é uma viagem, que se pode fazer caminhando ou tomando carona em um helicóptero, pois o resultado é o mesmo, ainda que o processo seja diferente para cada um dos trajetos (notas de campo, set. 2008). Existem aquelas que irão preferir o percurso, a caminhada e o efeito que ela vai gerar, outras irão preferir ou decidirão chegar logo ao topo, pedindo pelo helicóptero, porque talvez não suportem mais o desgaste do caminho. Essa poderia ser uma ilustração do pensado sobre a anestesia entre as adeptas; em que pese, é preciso dizer, algumas resistam mais em pedi-la

ou nem a peçam por quererem “sentir tudo” ou por temerem as consequências do medicamento na criança.

... não anestesiaram minha esposa por má vontade, por ela fazer parte de um grupo que defende um método de parto com o qual grande parte dos profissionais não concordam. É algo do tipo, “se quer de cócoras, então vai ter que ser 100% natural, com o mínimo de auxílio possível” (lista de discussão, e-mail de 12.12.2009)

... acharam que ela não merecia um tratamento correto e sim o tratamento que historicamente é dado aos índios que são os precursores deste tipo de parto: a negação, o silenciamento, o apagamento, o ignorar completo (idem, e-mail de 23.02.2010)

Essa parcela que se nega a usar o anestésico costuma recorrer a outros métodos de suavização das dores, como massagens, acupuntura ou manobras mecânicas de parteiras tradicionais ou orientais. Diante disso, o entendimento de que a epidural é invasiva e antinatural as leva a procurar técnicas menos invasivas, posto que, nesses registros, parece ser preciso sentir tudo, todas as sensações corpóreas do parto, em uma espécie de ritual de passagem para a maternidade e para aquela mulher enquanto pessoa. Por fim, vale ressaltar que, para as que decidem recorrer à analgesia, esse procedimento torna-se aceitável se realizado isoladamente, sem vir acompanhado de todos os outros que comporiam o “efeito cascata”.

#### **- Classificação interna: siglas que significam nos grupos**

Se, nos grupos, a rodada de apresentação pouco retratava as vivências prévias de parto de cada mulher, nas listas do mundo *cyber*, ao assinarem os correios, instituía-se uma personalidade, individualização e, conseqüente, diferenciação.

Depois de escreverem, posicionando-se sobre determinado assunto, reincidentemente, assinavam o nome, o tipo de parto vivido mediante o uso de siglas e ainda acrescentavam alguma nota do tipo “*mãe de ..., com 3 meses*”. Essas siglas empregadas são: C (cesárea), VABC (*varginal birth after cesarian section*), PNH (parto normal hospitalar) e PD (parto domiciliar). Além da identidade daquela mulher vir marcada pela maternidade, vinha também pelo tipo de parto, que poderia ser interpretado como o que diz algo daquela mulher, apresentando-a, mas descolando-a das demais. Poderíamos problematizar aqui as razões e as consequências de atitudes como essas, de autodenominação. Em primeiro lugar, tenderia a pensar que a mulher envolvida com esse assunto passaria a ser reconhecida como pessoa a partir da maternidade e do parto vivido, tanto se bem-sucedido quanto traumático. Porém, sugeriria existir também, ainda que não explicitamente, uma tendência à hierarquização no interior dos próprios grupos. Para que se possa ter uma idéia, as com cesárea prévia (VABC) têm destaque por causa de terem conseguido um parto mais natural depois da primeira experiência; as que não conseguem são tratadas com certo pesar e as que logo têm um parto domiciliar ou desassistido são, via de regra, focos de grande admiração.

Outro aspecto importante é que essas mulheres procuram também se separar de outras gestantes e de mães, no caso, as que não aderiram ao ideário do parto humanizado, chamando-as de “mãezinhas” com um tom marcadamente depreciativo. Por mãezinhas, elas entendem as gestantes que se preocupam com o enxoval, com o quarto, com a festa de primeiro ano e etc., são as que não pensam sobre a experiência do parto, de seu significado e sobre a relação entre médico e paciente. Elas, as mulheres dos dois grupos, não querem ser as “mãezinhas” e avaliam bastante negativamente as preocupações dessas outras mulheres, por elas compreendidas também como as não aguerridas. Existem também as mulheres que, no entender das adeptas do parto humanizado, “querem querer”; são aquelas que aparecem nos grupos sem saber muito por quais motivos, ou “porque está na moda” ou “porque acham bonito um parto mais natural” e que dizem não perceber o real desejo e a eventual insubordinação para viver um outro parto que não o anunciado por seus médicos.

... enquanto as mulheres não tiverem uma postura ativa no sentido de compartilhar a responsabilidade, nada muda. Parto ativo é

consciência dos riscos que se corre, os objetivos e subjetivos. Eu já vi de tudo (ao se referir às mulheres que querem o parto humanizado). Todas elas já tinham alguma coisa anterior de querer, não sei de onde vem, umas dão conta, outras queriam, mas não conseguem (não tem dinheiro, o marido não quer, a mãe não quer). Quem quer de verdade se arruma. Não adianta porque é uma porta que se abre por dentro. Não sei qual é a motivação, eu não sei... mas é uma coisa que já se tem (Luisa, mar. 2008)

Junto das mãezinhas, das que “querem querer” e das siglas que as destacam entre si mesmas, podemos encontrar ainda as “abraça shiva”, tidas como as “naturebas” e as “super intuitivas”; são as que praticam ioga e meditação todo o tempo, que só comem comida orgânica e que querem ter um parto natural a todo custo, por vezes, mediante radicalismos (comentário de Luisa). Essas mulheres, em tese, “as mais zen”, seriam as que menos aceitariam um parto cirúrgico e as que mais se obrigariam a ter um parto em casa, que, por isso, caso vivam uma cesárea, são as que mais sofrem.

Posto desse modo, muitas são as caracterizações e as diferenciações que as próprias mulheres, dos dois grupos pesquisados, criam entre si mesmas e que terminam por hierarquizá-las em algumas situações.

#### **- Pedagogia do parto natural: é preciso ter ritmo**

Eu não sabia fazer força. Mas então me disseram:  
não há como fazer errado, pois você nunca fez.  
(nota, nov. 2009)

Mulheres dão à luz, se deixadas em paz,  
sabem o que fazer.  
(Naoli Vinaver, parteira, 15.12.2009)

Para parir naturalmente parece ser, paradoxalmente, preciso aprender a parir. É preciso informar-se sobre a realidade da prática médica nos hospitais, entender os termos científicos e as razões dos procedimentos, praticar alguma atividade física, alimentar-se

bem, estar tranquila, ou seja, controlar a ansiedade e a mente, transformar o companheiro no leal parceiro, escolher o profissional e a doula. Há, ainda, a mulher que aprende posições e técnicas para aliviar as dores, aquela que massageia a região perineal para evitar a ruptura vaginal, a que passa a entender de chás e de alimentos que ajudam no trabalho de parto, a outra que frequenta classes de respiração, de pilates e que lê manuais consagrados sobre a arte de parir, tudo para aprender a parir naturalmente. Parece ser preciso muito ritmo e aprendizado, bem longe de uma capacidade feminina inerente e dada desde o nascimento da mulher. Nos grupos, ensina-se muita coisa sobre parto, ensina-se a contar as contrações, a medir a dilatação, a escolher a doula e etc. Diante disso, há como se considerar a existência de um tipo de pedagogia do parto “mais natural”.

Numa ocasião de campo, uma mulher relatou estar usando uma máquina que simulava a abertura do períneo (notas do grupo independente, 2009). Esse aparato, importado da Áustria, uma vez introduzido na vagina, ao imitar a abertura a acontecer no parto, conferiria maior elasticidade à musculatura, evitando lesão no momento do nascimento da criança. Esse é um exemplo de que prepondera a idéia de que é preciso condicionar a musculatura, bem como preparar-se como um “maratonista que se prepara para correr uma corrida”, conforme as palavras do coordenador do grupo institucional.

Em outras palavras, nos dois grupos, opera-se com uma noção de preparo, que o próprio nome dos grupos (preparo para o parto humanizado) sugere e que decorre de uma premissa maior que é a de que as mulheres, na atualidade, teriam perdido a capacidade de parir por terem deixado de fazê-lo com o advento da regra da cesárea, como se o corpo tivesse desaprendido a dar à luz. É como se partissem da premissa de que esses corpos femininos tornaram-se sedentários e despreparados, nos moldes como Parcionick entendeu a musculatura perineal frouxa das mulheres da cidade em contraposição à rígida e preparada das índias *kaingang* no Sul do país. Por conta disso, trabalha-se com a idéia do autoconhecimento e depois com a de condicionamento dos corpos das mulheres. Desta feita, o parto é nomeado como natural, mas a sua naturalidade, paradoxalmente, depende de uma conformação prévia.

Segundo Mauss (2001), os usos que são feitos de corpos podem ser aprendidos de tal modo e tão inculcados no cotidiano que passariam a ser considerados quase como inconscientes, como se fossem naturais e inatos e nunca houvesse a necessidade de aprendê-los. Essa poderia ser uma possibilidade interpretativa para o que se pensa nos grupos e entre as mulheres, porque se acredita que a mulher perdeu a capacidade natural de parir em razão de ter deixado de fazê-lo, mas que pode ser recuperada mediante cursos, técnicas corporais e conversas informativas. Nesse sentido, de um lado, funciona a premissa da capacidade inata, mas de outro, a de algo aprendido, mas perdido no decorrer da migração do parto para o hospital. De um modo ou de outro, o que prevalece é a necessidade de preparo, de condicionamento e de conhecimento do que pode ocorrer; por isso, recorrentemente, o trabalho de parto é equiparado a uma caminhada, longa e difícil, que precisa ser transposta e que, para a qual, é preciso manter “o ritmo da escalada de montanha”. Dessa forma, a mulher precisa comeder suas forças e o gasto de energia, contornando a ansiedade e o medo do descontrole para poder chegar ao pico.

Esse preparar-se põe em questão uma gama de ponderações e de questões que vão desde a naturalidade do evento e do termo usado entre essas mulheres até a *performance* a ser desempenhada na busca de um estado, depois, de liminaridade. De algum modo, a premissa parece ser preparar-se para depois poder perder o descontrole, uma questão a ser aprofundada no capítulo seguinte. De outra parte, essa constatação traz à tona, em última instância, certa tutela por parte dos profissionais que, em tese, detêm as técnicas para esses condicionamentos, dando ensejo a uma relação de dependência entre as mulheres e essas pessoas, abrindo, por vezes, espaços para a normatividade quanto ao modo de preparar-se, que passos seguir, onde chegar e sobre o que se tem de fazer em nome do “belo parto”.

### **- Sujo e limpo no arranjo feminino**

Se no hospital o que se percebe é a preocupação com a assepsia, higiene, medo da contaminação e de eventuais infecções, um imaginário que leva à brancura e ao descarte do sangue e da placenta, bem como à raspagem dos pelos e à lavagem intestinal, entre as

adeptas do parto mais natural, o que é sujo e limpo, bem como o que deve ou não ser descartado, por vezes, adquire outras colorações.

Nos partos domiciliares, a água da ruptura da bolsa, o suor corporal proveniente das contrações uterinas, a borra marrom do tampão do colo uterino prestes a ser abrir, o sangue que escorre durante o trabalho de parto e, depois, a placenta expelida, não parecem incomodar as parturientes. Dessa forma, a preocupação com a limpeza imediata, separação para o não contágio, odores desagradáveis e supostamente contaminadores não compõem a cena com intensidade. De alguma maneira, agregam o cenário tão somente como mais um elemento, assim como, em algumas situações, os animais domésticos que permanecem no interior da casa, quando não no mesmo local onde a mulher se encontra parindo (Aurora). Nos hospitais, por exemplo, costuma-se fazer o enema, para que a mulher não defeque no momento do parto, bem como a tricotomia, a raspagem dos pelos pubianos para que não haja contaminação. Em casa, nem enema nem tricotomia são feitos e, caso a mulher defeque, as fezes não parecem ser percebidas como contaminação e sujeira, mas como algo natural, que pode acontecer e que não possui uma representatividade negativa.

Nesse sentido, o que é sujo desponta mais amenizado, quando não transmutado e ignorado. E, na realidade, em situações mais específicas, os fluidos corporais e os órgãos chegam a abrigar significativa importância na experiência de parto como um todo. Para um conjunto de casais, por exemplo, a placenta adquiriu significativa importância simbólica: foi, depois, enterrada no quintal da casa ou congelada para, posteriormente, ser “plantada” junto de uma árvore que tinha um determinado significado para aquele casal ou mulher (Ana, Fernanda e Goreti). Sobre essa questão, uma das entrevistadas chegou, a dizer que tinha especial gratidão por sua placenta, pois tinha servido de abrigo para seu filho, como se o órgão tivesse passado a ter uma vida independente e adquirido consideração. Desse modo, se para algumas, parecia “um grande pedaço de fígado”, para outras, surgia dotada de beleza e de simbolismo, ainda que embebida em sangue. De outra parte, relatos de sangue nos lençóis, de líquido amniótico no chão, na cama e nos sofás, de suor e de noites de pós-parto sem banho, também não surgiram norteados pela preocupação da limpeza, mas como importantes e minirretratos da conquista de um parto “mais natural” desejado, como é o

caso de Ana. Talvez possam indicar também o que, segundo elas, é o desabrochar do lado animal, do “meio bicho, meio mulher”, o mais primitivo, arcaico e incontrolável que parece, às vezes, ter sido buscado e requerido por muitas dessas mulheres (Alice).

Desta feita, a casa e o tratamento dado aos órgãos e aos líquidos corporais poderiam ilustrar o descontrole perante o controle, ou seja, a limpeza do ambiente hospitalar. Ou então, no limite, uma sujeira que não é sujeira para os olhos daquelas que estão parindo e, sobretudo, mais um modo de dar sentido e significado à experiência desejada, conferindo-lhe forma e unidade. Sendo assim, sujeira, limpeza, ordem e desordem ganham referenciais diferentes e plurais em uma mesma cultura, sugerindo o seu caráter socialmente tecido e a possibilidade de terem seus significados estendidos, modificados, relativizados ou, no limite, nuançados.

Por último, pensar sobre isso pode remeter às representações que são carregadas e construídas de corpo de mulher, pois, nesses casos, de valorização do que pode ser *a priori* considerado impuro e profano, viria tanto um corpo “meio bicho meio mulher”, mas também um corpo performático e não negativo, que não separa experiência psíquica e sensorial e que, assim, pode vir a desalojar algumas das tentativas de seu controle e de normalização. Em última instância, esse corpo que transpira, exorta, expele e sangra, à procura do que essas mulheres chamam de intensidade, poderia ser, assim, interpretado como aquele corpo feminino “que já não aguenta mais”, do corpo que não quer ser mais esquadrihado e lido a partir do registro da histeria e da sujeira.

#### **- Do privado que se faz público: a narrativa de parto**

No decorrer da pesquisa, como adiantei, pude constatar um forte desejo de relatar o próprio parto. Pensei que encontraria dificuldades de ter acesso às narrativas femininas por serem privadas e íntimas demais, porém, em campo, vivi o seu avesso, surpreendi-me com a vontade de relatar, constatação essa que me fez pensar sobre a relação entre o público e o privado e, mais uma vez, sobre o que as adeptas do parto humanizado poderiam apresentar sobre a questão.

Contar a história de seu parto, tanto entre amigas como em uma lista de discussão *on line*, em grupos de preparo para o parto e em uma entrevista para uma pesquisa acadêmica, parece tornar público o que antes se pensava privado, a ser resguardado e de foro íntimo. Desse modo, em que pese a escolha do parto domiciliar, em tese o oásis da intimidade, o que se vê, em seguida, é a disposição para lhe dar publicidade, em alguns casos, até mesmo na internet, mediante *blogs* ou espaços de redes sociais, como *orkut* e *facebook*. Percebi que as razões para isso parecem ser muitas: porque querem que outras mulheres saibam que é possível parir de outra maneira que não a cesárea; porque querem mostrar ao mundo que conseguiram parir depois de uma cesárea prévia; porque se sentiram “poderosas”; porque querem divulgar o parto humanizado ou, então, porque simplesmente tiveram o impulso para escrever e relatar.

... eu fiquei tão eufórica, eu queria colocar no jornal que tinha tido um parto em casa. Comecei a telefonar para todo mundo que eu conhecia (Luisa, mar. 2008)

Eu fiquei lá no hospital ligadona, deitada na maca, mandando *sms* para todo mundo que conhecia, contando que tinha parido de modo natural (Liza, dez. 2009)

Entre elas, existe, por esse motivo, uma espécie de jargão de que “uma mulher que dá à luz só sabe falar de parto e fica até chata”. Pode-se cogitar a hipótese de que a intensidade da experiência precisa ser posta para fora, porque não cabe nos corpos, ou então que essas mulheres precisam provar a alguém que foram capazes de fazer algo de que muitos duvidavam, para exaltar a própria experiência e identidade ou, ainda, simplesmente, para se exibirem publicamente. Se isso ou a outra possibilidade, parece-me pouco interessar, prevalecendo mais a constatação de que existe um desejo de narrar que pode carregar consigo um processo de subjetivação, qual seja o de construção da própria subjetividade mediante a escrita, o da publicidade e o do compartilhamento de experiências pessoais.

É sabido que o público e o privado foram historicamente separados como espaços contrapostos; no entanto, nos casos das narrativas de parto, o que vi foi uma espécie de confusão ou de atravessamento de ambos os âmbitos, pois, primeiramente, soube-se do parto humanizado muitas vezes pela internet, pelos grupos ou por amigos, ou seja, pelo público. Adversamente, sabe-se que esse espaço, por sua vez, impulsionou experiências que aconteceram em espaços privados, que, posteriormente, regressaram ao público, em algumas situações, até mesmo em razão de uma sensação de endividamento e de necessidade de devolução ao social, para que outras gestantes usufríssem das informações. Dessa maneira, o que parece ficar é que a experiência de parto não termina restrita a um acontecimento pessoal, à medida que adquire, depois e não raras vezes, contornos de um ativismo social, e, de igual modo, tampouco privada, porque ainda que tenha sido um parto domiciliar, depois, por meio dos relatos, torna-se pública por meio da escrita e do compartilhamento de imagens e de vídeos.

Quanto à relação entre a “escrita de si” e os “processos de subjetivação”, faz-se necessário retomar os últimos escritos de Michel Foucault (2006), para entender essa relação, segundo a qual o filósofo, ao analisar o mundo antigo, ter-se-ia deparado com a perspectiva de que a subjetividade é algo que se constrói e não com o que nasce, bastante diferentemente de nossa percepção moderna, assim como teria identificado que o ato de escrever sobre si mesmo funcionava como uma das técnicas usadas por gregos e romanos para a construção subjetiva. Em seu texto “A escrita de si” (2006), apresenta-nos os cadernos de conselhos pessoais e as trocas de correspondências daquela cultura e período histórico, apontando para o exercício de escrever sobre si enquanto ato de edificação da própria subjetividade, conceito ou entendimento este inseparável de uma postura ética e de um cuidado com o social a partir da própria existência. Sendo assim, a escrita de si funcionava como elo entre o social e o pessoal, como o privado que se tornava público, não para convencimento, mas para anúncio e reiteração de uma subjetividade processual e em constante performatização. Escrevendo, os antigos falavam de si mesmos na relação com outrem, consigo mesmos e da preocupação com a existência enquanto uma “obra de arte pessoal”. Para entender esses processos, Foucault recupera as cartas de Sêneca e de Epícteto e a noção de hupomnêmata, os cadernos de notas que operavam como “tesouro acumulado para releitura e meditações

posteriores”, e trabalha com a conclusão de que a escrita era um modo de subjetivação não somente do discurso, mas também de sua objetificação (2006:147)

É certo que os estudos foucaultianos contam com data e circunscrição cultural, porém me são úteis para aqui refletir sobre a relação que essas mulheres têm tecido com seus partos, a necessidade que depois têm de escrever e para pensar em seus processos subjetivos, desalojando, em algumas ocasiões, categorias tidas como estanques e rígidas, como é caso da separação entre público e privado (Beatriz). De maneira geral, essa perspectiva tem-me aberto espaço também para a reflexão acerca das consequências sociais desta escrita, dada a pluralidade de *blogs* e de *sites* com narrativas de partos mais naturais, que parecem apontar cada vez mais para o limite tênue entre o que é público e o que é privado.

Feitas essas considerações situadas, no capítulo que segue, problematizarei o material de campo de modo mais geral, analisando a necessidade de se fazer do parto uma experiência e a existência da interface entre parto, sexualidade e espiritualidade, aspectos presentes em praticamente todas as narrativas femininas.

### Cap. 3

## Em nome da experiência: parto, sexualidade e espiritualidade

### Não quero mais um parto, quero o meu parto!

Diante dos dados etnográficos, considero a hipótese de que as adeptas do parto humanizado têm procurado enriquecer suas experiências de parto na contemporaneidade. Na realidade, minha tese é a de que, antes mesmo de perseguirem um parto mais natural, essas mulheres têm buscado muito mais a singularidade de suas experiências de parturição. Nesse sentido, o receio e a resistência às práticas médicas tradicionais estariam relacionados à padronização da assistência dada ao nascimento na atualidade, em razão de partirem da premissa de que, no modelo tecnocrático-hospitalar, tornar-se-iam somente mais uma mulher a dar à luz.

Essas mulheres dizem querer experienciar o parto, tornando-o um acontecimento importante, único e em conformidade com suas trajetórias pregressas, existindo, portanto, o desejo de “um parto todo seu”, ainda que resguardadas as peculiaridades de cada caso e de cada mulher.

Não poderia morrer sem ter parido, sem ter sentido...

(Fernanda)

... a médica me olhou e não me viu, não parou para pensar que aquele corpo era o meu, que eu tinha 35 anos, mas um corpo que era meu e não igual aos outros. Eu sabia que podia ter um parto natural, pois conheço meu corpo, confio nele (Alice)

Eu quero sentir a dor do trabalho do parto.

Quero sentir as contrações, quero sentir as dores.

(notas de campo esparsas, 2008-2010)

Para aquelas que viveram uma cesárea ou um parto insatisfatório anterior e sentiram-se frustradas ou desrespeitadas, ter um parto humanizado vem como a possibilidade de superação de um “trauma” (notas de campo, 2008-2010). Para tomarem a decisão por outro modelo de parto, decisivas teriam sido as sensações de que teriam sido privadas de algo e de que não teriam participado do processo da parturição. Em função disso, parir de acordo com seu corpo e suas expectativas, torna-se algo importante, subjetiva e existencialmente.

De outro lado, para mães de primeira viagem que logo procuraram partos “mais naturais”, o parto humanizado figurou como coerente com sua existência, com seus estilos de vida e suas regras de conduta pessoais. Entre essas, encontramos mulheres orientadas a uma vida mais saudável e mais rural, mas também outras, mais urbanas e mais “racionais”. Dessa maneira, entender os fundamentos de suas escolhas requer a análise detida de seus itinerários pessoais.

Dessa forma, decidiram-se por um parto humanizado para superar uma cesárea ou para fazer do seu parto algo coerente com a sua existência; tanto em um quanto no outro caso, partiram do pressuposto de que o uso indiscriminado da tecnologia, da cirurgia e da rotina, atribuídos aos hospitais e a alguns profissionais, seriam os responsáveis pela perda da magia e da força desse acontecimento. De maneira geral, queriam “sentir o parto”, procuraram “parir e não que o médico fizesse o parto” na tentativa de realizar o percurso “sem o helicóptero, por importar mais o caminho do que a chegada” (notas de campo, 2008-2010).

Em outro sentido, porém, essa idéia de “quero ter o meu parto e não mais um parto” poderia também despertar a interpretação de que essas práticas de parto seriam o resultado de uma cultura do narcisismo, nos moldes analisados por Christopher Lasch (1983). Lasch desenvolve essa idéia depois de analisar a sociedade americana da década de 1970, ou seja, após a ebulição política da contracultura e perda do sonho libertário dos anos de 1960, porque, em sua leitura, os americanos, a partir de então, teriam passado a se dedicar muito

mais às questões de ordem pessoal, gerando um embotamento das preocupações políticas e o surgimento do homem narcisista. Esse novo homem, desinteressado e descrente da política e da esfera pública, porque decepcionado com conjuntura atual, na obra de Lasch, vem caracterizado como o homem da superficialidade emocional, como o que tem medo da intimidade e da hipocondria, como o que é pautado por uma promiscuidade sexual e como aquele que apresenta horror à velhice e à morte. Tratar-se-ia, assim, daquele que aparenta descrença no futuro e desprezo pelo passado e cujo foco, portanto, é o momento, sua sobrevivência psíquica e sua autopreservação.

Para desenvolver o seu argumento, Lasch toma emprestado da psicanálise o conceito de narcisismo, sugerindo que essa intensificação do investimento no bem-estar individual teria sido a única alternativa válida para as sociedades cada vez mais industrializadas e nas quais gradativamente se perceberia a ruína da família, dos códigos compartilhados e da prática política ou, então, ainda, a passagem do homem econômico para o que denominou de homem psicológico, daquele que faz do mundo público o espelho do eu, deixando de se preocupar com as transformações sociais, por entendê-las inviáveis.

O próprio homem econômico deu lugar ao homem psicológico de nossos tempos – o produto final do individualismo burguês. O novo narcisista é perseguido não pela culpa, mas pela ansiedade. Ele procura não infligir suas próprias incertezas aos outros, mas encontrar um sentido para a vida. Libertado das superstições do passado, ele duvida até mesmo da realidade de sua própria existência. Superficialmente tranquilo e tolerante, vê pouca utilidade nos dogmas da pureza racial e étnica, mas, ao mesmo tempo, vê-se privado da segurança e da lealdade do grupo e considera os outros como rivais pelos favores concedidos por um Estado paternalista. Suas atitudes sexuais são mais permissivas do que puritanas, muito embora sua emancipação de velhos tabus não lhe tenha trazido a paz sexual. Ferozmente competitivo em seu desejo de aprovação e reconhecimento, desconfia da competição, por associá-la, inconscientemente a uma irrefreável necessidade de

destruir. Desse modo, repudia as ideologias competitivas que floresceram em um estágio anterior do desenvolvimento capitalista e desconfia até de sua limitada expressão em esportes e jogos. Ganancioso, no sentido de que seus desejos não têm limites, ele não acumula bens e provisões para o futuro, mas exige imediata satisfação e vive em estado de desejo, desassossegada e perpetuamente insatisfeito (LASCH, 1983:15)

Esse homem narcísico seria, portanto, aquele que se torna incapaz de sair de si mesmo e de ter distância em relação ao mundo, dada a desconfiança que passa a ter dos outros e a identificação que estabelece com o mundo exterior.

É certo que seus estudos remetem a um período e a uma sociedade específicos, à década de 1970 e à sociedade norte-americana e, assim, a um contexto de derrota no Vietnã, de estagnação econômica e de exaustão eminente dos recursos naturais, conjuntura essa que, em sua apreensão, teria desencadeado um processo de desconfiança da sociedade em relação aos seus dirigentes. Dessa forma, antes, é preciso situar sua análise histórica e culturalmente e resguardar nossas atuais particularidades, porém, a despeito disso, por outro lado, também não se pode negar a importância de suas ponderações no que tange ao nascimento do homem que se mostrou cada vez mais isolado em sua intimidade e descrente da política em um contexto mundial.

Richard Sennett (1988), assim como Lasch, procurou compreender o processo de desaparecimento do homem público e o da emergência da tirania da intimidade a partir do século 18 europeu. Segundo ele, a separação equilibrada entre o mundo privado e o mundo público do Antigo Regime, com o advento do capitalismo industrial, com a secularização e com as novas formas de vida urbanas, teria sido transformada a tal ponto que a vida privada ter-se-ia sobreposto a vida pública. Essas duas esferas, até então, bem separadas, ter-se-iam confundido e dado ensejo a um homem que deixa de ver a cidade como espaço possível de interação social, tornando-se um “espectador passivo” daquilo que acontece, constantemente insatisfeito consigo mesmo e com as relações sociais que estabelece. Nesse

sentido, os homens e as mulheres passam a se preocupar muito mais com a imersão na própria interioridade, com o culto de seus corpos, com o consumo e com a descoberta de seu eu interior, considerado, a partir de então, como um eu verdadeiro a ser encontrado no mais profundo dos seres.

Nessa direção, Sennett argumenta que, na passagem do século 18 para o século 19, as relações comerciais teriam deixado de acontecer por meio da interação entre indivíduos, para se estabelecerem entre a mercadoria e o comprador, pois, se antes, o vendedor tinha de convencer e de persuadir o comprador, com a produção em massa de produtos, interessava mais a mercadoria e não o processo da venda e, assim, o comprador não precisava mais da mediação do vendedor e vice-versa, a relação era estabelecida diretamente com o produto. De mesmo modo, as cidades teriam deixado de ser o espaço de convívio social, para o qual havia a prescrição de determinados papéis, tornando-se “lugares de estranhos” e ambientes funcionais, perante a volumosa migração por causa da atração dos mercados e de uma vida pautada na possibilidade de mobilidade social. Essa situação, no entender de Sennett, pouco a pouco, conferiu ao mundo público uma imagem de lugar da desordem e da hostilidade, onde, as pessoas teriam de, a um só tempo, apresentar sua personalidade, mas também defender-se dos estranhos, procurando fugir de contatos íntimos.

Em sua concepção, nessa esteira, o sentido da vida ter-se-ia tornado imanente e não mais transcendente como acontecia no Antigo Regime e isso teria contribuído para que os homens e as mulheres tivessem passado a se dedicar ao próprio bem-estar e à busca da felicidade individual, a saber, no aqui e no agora, nas raias da intimidade, nos bairrismos e no receio crescente quanto às cidades e à política. Contudo, de outra parte, as pessoas passam a se ver obrigadas a demonstrar os traços de sua personalidade no espaço público, procurando indicar, a todo instante, quem realmente são e, com isso, passam se importar pouco com os outros, as relações sociais se enfraquecem e o que importa mais passa a ser a intimidade.

Esses autores são muito importantes para a compreensão do nascimento do sujeito moderno que se ancora no individualismo em sua acepção negativa, ou seja, no que diz respeito ao

afastamento da política e ao mergulho em si mesmos. Se decidi recuperar, ainda que muito sucintamente, suas principais idéias é por ter percebido que, apressadamente, a preocupação com o próprio parto e com as próprias experiências por parte dessas mulheres poderia abrir espaço para que suas atitudes fossem percebidas como narcisistas. É certo que suas análises remetem a décadas anteriores e a contextos diferentes do brasileiro; contudo, também, em nossa atualidade, discute-se muito sobre o sujeito narcísico, em tempos de globalização, em que os mercados estão ainda mais ágeis, em que as relações sociais estão cada vez mais fluídas e a intimidade, paradoxalmente, cada vez mais em voga, quando se considera, por exemplo, a quantidade de obras de autoajuda em circulação, o grau de exposição da intimidade nas redes sociais, o pouco engajamento da política mais tradicional, a descrença quanto aos políticos e a banalização de escândalos que envolvem corrupção no aparato estatal. Por causa disso, ainda que tenham analisado outra conjuntura, perante a persistência do afastamento dos homens da política e, de outro lado, da supremacia da intimidade, em meu entender, seus escritos ajudam-nos a definir o tema para a situação atual à luz de sua recuperação histórica, tornando possível a compreensão de todo um processo de constituição da noção de sujeito negativamente individualista.

Entretanto, no que tange à minha pesquisa especificamente, tendo a considerar que essas análises não me ajudam a refletir sobre o material etnográfico, à medida que percebi a existência de uma preocupação com a esfera pública entre essas mulheres, se e quando considerado, por exemplo, que muitas se envolveram com o movimento do parto humanizado depois de seus partos; que mantêm espaços para discussões coletivas; que procuraram aconselhar umas às outras, divulgando dados e impressões, mas que, principalmente acreditam criticar e demandar a transformação de determinadas normas e de instituições sociais que recaem sobre a reprodução e sobre o corpo feminino.

De outro lado, pareceu-me difícil também encontrar em meu universo de investigação a superficialidade emocional, o medo da intimidade e a hipocondria anunciados por Lasch. Em suas narrativas de parto, parece haver, ao contrário, a exaltação das emoções e da intimidade, principalmente uma resistência à hipocondria, à medida que discordam do excesso de controle exercido pela medicina e de sua tendência a operar no registro da

doença. E ainda sob outro viés, também diferentemente do propugnado quanto ao homem narcísico, essas mulheres parecem acreditar no futuro e valorizar o passado, quando fazem de seu *slogan* que “para mudar o mundo é preciso mudar o modo de nascer” e quando manifestam admiração pelas parteiras tradicionais e pelos saberes femininos anteriores ao advento da medicina erudita. Esses seriam alguns dos pontos por mim observados e que, no limite, colocariam em cheque ou problematizariam a leitura de que suas práticas poderiam ser narcisistas e individualistas.

Desse modo, se essa grade de compreensão pode até ser útil como mais uma frente de interpretação do que acontece em nossos dias, tendo muito mais à interpretação de que a melhor tradução para suas práticas pode ser a de tentativas de enriquecimento de suas experiências de parto, em tempos em que, essas mulheres, consideram haver o empobrecimento de suas experiências de parto.

### **Desaparecimento da experiência**

Le printemps adorable a perdu son odeur!  
(Badeulaire)

Dois dos escritos do filósofo italiano Agamben (2005, 2007), assim como alguns textos de Benjamin (1985), de onde o primeiro bebe para tecer suas considerações, parecem abrir caminhos para uma possível interpretação das percepções que as mulheres adeptas do parto humanizado têm construído tanto do modelo médico vigente quanto dos partos mais naturais enquanto sua resposta. Por isso, procuro recuperar suas idéias para refletir sobre o que se têm entendido, antes, como pobreza e, depois, como enriquecimento de suas experiências de parto.

Agamben, em “Elogio da Profanação” (2005), discorreu sobre as dificuldades, para não dizer quase impossibilidade, de se profanar nos dias atuais. Para isso, resgatou “Pobreza e Experiência”, um texto de Benjamin de 1933. Por isso, primeiro trabalharei com o autor alemão para depois compreender a que vem o pensamento de Agamben. Nesse ensaio, em especial, Benjamin demonstra seu pesar por um novo tipo de miséria que se teria abatido

sobre os homens modernos, passadas as duas Grandes Guerras. Trata-se da miséria decorrente do desenvolvimento exacerbado da técnica e da ciência. Para ele, a saturação ou sobreposição da ciência, na era da grande indústria, dos anos de 1930 em diante, teriam contribuído para o empobrecimento das experiências e, conseqüentemente, de suas narrativas. Segundo seus escritos, a humanidade, atravessada por idéias como a de desenvolvimento e de aceleração econômica e cultural, ter-se-ia tornado um conjunto de homens sem patrimônio cultural, à medida que o vínculo entre esses homens e suas experiências teria deixado de existir e, sem ele, a própria idéia de patrimônio cultural. Nesse sentido, o homem moderno, procurando tudo controlar, em sua leitura, teria criado para si mesmo a impossibilidade de experimentar.

Benjamin, lançando mão de uma frase do romancista André Gide, desenvolve a percepção de que “cada coisa que possuo se torna opaca para mim” (1985:117) e essa parece ser a idéia central de seu ensaio. Os homens, saturados de cultura, entendida como a sobreposição da técnica e uma espécie de “sufocamento” decorrente do desenvolvimento da ciência, teriam tentado possuir e controlar a vida social, tornando-a, por fim, opaca aos próprios homens, algo da ordem do impossível de ser experimentado. Para ilustrar a situação e o seu pesar, o autor traz à tona, por exemplo, a arquitetura moderna. Nessa seara, os projetos “funcionalistas” ou “utilitaristas” do arquiteto Le Corbusier simbolizariam, por exemplo, a partir do emprego do vidro nas construções modernas, a idéia de algo ao que pouco se conseguiria prender e que muito permitiria ver, ser enxergado, esmiuçado e desencantado. Talvez para indicar como o que pode ser visto e ao que pouco se pode prender coincidiriam com o vazio da experiência e com a impossibilidade de se tê-la em sua intensidade e seus imponderáveis.

Benjamin é, na realidade, categórico ao dizer que “[f]icamos pobres” (1985:114), pobres em experiências, e ricos em vigilância e organização da vida social. Com essa mudança, de acordo com outros exemplos do autor, um “automóvel não pesa mais que um chapéu de palha” e “uma fruta na árvore se arredonda como a gôndola de um balão” (BENJAMIN, 1985:119); bastando em si mesma a existência humana e a perspectiva de que os meios justificariam a trajetória pessoal. Diante dessa constatação, o homem estaria se preparando

para “sobreviver à cultura” por ele mesmo criada e sobreposta aos acontecimentos simples, mágicos e caóticos, em sua origem, incontrolláveis e incertos. Haveria, então, nessa linha de pensamento, a preparação para reaver a capacidade de experimentar, para escapar do excesso de tecnologia e de dogmatismo, à medida que, “em seus edifícios, quadros e narrativas, a humanidade prepara-se, se necessário, para sobreviver à cultura” (1985:119).

Em outro ensaio, “O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov” (1936), publicado no Brasil na mesma coletânea, Benjamin conecta a pobreza da experiência decorrente da modernidade a uma dificuldade de narrar. Ele trabalha com a hipótese de que teria havido perda da capacidade de trocar experiências e, portanto, de contá-las, como faziam o camponês sedentário ou o marinheiro comerciante, que buscavam conselhos, ensinamentos morais ou sugestões de conduta por meio de suas histórias. No lugar das narrativas estariam as explicações, as teorias de causa e de consequências e os discursos de previsibilidade. Dessa maneira, o filósofo sugere que, com a modernidade, o homem perdeu a capacidade de lidar com o que não pode ser abreviado, ou seja, controlado, domesticado e conhecido de antemão. Para isso, a difusão da informação teria contribuído de modo decisivo, se considerado que todas as manhãs, as informações do que acontecia no mundo passaram a chegar aos ouvidos dos homens e a banalização dessa rotina teria posto fim às histórias surpreendentes, aos conteúdos dignos e aos constitutivos das narrativas. Dessa forma, ter-se-iam, nas palavras do autor, tornado “pobres de histórias surpreendentes” (1985:203), fazendo do tédio o “pássaro de sonho que choca os ovos da experiência” (Benjamin, 1985: 204).

Nesse processo, uma série de operações complexas teria sido substituída pela técnica ou por um único e brusco gesto. O fósforo, o telefone, a máquina fotográfica e o cinema, por exemplo, criaram a noção de uma percepção intermitente que se afirma como princípio formal, veiculando a instantaneidade, tudo muito rápido e imediato. Para Benjamin, se, com a pintura, de um lado, havia a contemplação, com o cinema, de outro, passou a existir o contato com uma sequência de imagens que seguiriam ao léu.

Gagnebin (1987, 1981), comentadora do autor alemão, faz atentar para a distinção entre “vivências” e “experiências” feita pelo próprio autor. Em sua acepção, as vivências, tidas como rápidas e controladas, teriam ocupado o espaço das experiências, no encalço da proteção contra os *chocs* traumáticos, tornando-se características dos homens solitários que vivem no meio da multidão, conscientes, despertados e operantes, preferindo o hábito ao toque maníaco, a rotina ao que pode surpreender.

Na interpretação benjaminiana, por sua vez, o aprendizado, tido como vivência, vem, de modo semelhante, contraposto à noção de exercício, tido como experiência. Para fundamentar essa idéia, recorre à Marx, ao *O Capital* e à idéia de linha de montagem para sugerir a substituição do exercício pelo aprendizado, trazendo à cena a idéia da instantaneidade da era da grande indústria, segundo a qual continuidade e ruptura se combinariam em um processo em que a peça a ser trabalhada entra e sai do raio de ação do operário, antes mesmo que ele perceba e além de sua vontade, cedendo a experiência mais uma vez espaço para a vivência. Nessa esteira, o exercício e a manufatura teriam, então, cedido lugar ao aprendizado, em que pouco parece haver a relação entre aquele que constrói o objeto e o próprio objeto. O tempo dessa mudança é o que chamou de “tempo infernal”, o tempo da repetição e aquele que impossibilita o “tempo que realiza” o desejo humano, quando e se considerado que o operário passa a viver o eterno tempo presente e não o tempo daquele que formula e busca concretizar certo desejo pessoal. Em razão disso, pode-se perceber também a existência de uma relação importante entre o desejo e a experiência (Benjamin, 1983).

Se esse é o mapa realizado por Benjamin, para Gagnebin, não se trataria somente de uma visão pesarosa, à medida que a constatação da pobreza das experiências no capitalismo avançado, *per si*, impulsionalaria a recuperação dessa capacidade, portanto, não perdida totalmente. Dessa maneira, atuaria como mola propulsora de reversão daquilo que o autor diagnosticou como uma “barbárie” moderna, dando ensejo à criatividade ou às tentativas de (re) invenção das experiências, algo que, nas palavras de Benjamin, seria “um seguir para frente” ou, então, uma idéia positiva de “barbárie”, conforme sinaliza o trecho que segue:

Barbárie? Sim. Respondemos afirmativamente para introduzir um conceito novo e positivo de barbárie. Pois o que resulta para o bárbaro dessa pobreza de experiência? Ela o impele a partir para a frente, a começar de novo, a contentar-se com pouco, sem olhar nem para a direita nem para a esquerda. Entre os grandes criadores sempre existiram homens implacáveis que operaram a partir de uma tabula rasa. (BENJAMIN, 1987:116)

De outra parte e recentemente, Agamben retoma Benjamin e sua leitura da modernidade para pensar sobre a noção de experiência em nossos tempos. Em “Elogio da profanação” (2007), o autor dá início a suas reflexões, dizendo que estaríamos perdendo a capacidade de profanar e que o mundo, por consequência, ter-se-ia tornado hoje algo não profanável.

Sagradas ou religiosas eram, segundo ele, as coisas que pertenciam aos deuses e que de algum modo eram subtraídas ao livre uso e ao comércio dos homens comuns. E sacrilégio era, por conseguinte, todo o ato que violasse tal indisponibilidade. Disso concluiu que, se consagrar era preservar a primeira ordem, profanar significava restituir ao uso humano as coisas que tinham sido destinadas única e exclusivamente aos deuses e às entidades celestes. Por essa razão, Agamben vê uma conexão entre o profano e o uso. Partindo da etimologia da palavra religião, *relegere*, salienta que a religião pressupõe essa separação entre o sagrado e o profano, muito mais frisando essa diferença e separando uma esfera da outra do que significando a aproximação entre os homens e os deuses, como se poderia pensar a princípio. No entanto, o mais importante, segundo o filósofo, é não perder de vista que aquilo que foi separado pode vir a ser ritualmente restituído, podendo, assim, mediante o rito, regressar à esfera profana. Dessa forma, um ato humano poderia desencantar algo que foi tornado sagrado e devolver ao uso dos homens aquilo que havia sido petrificado. Exatamente o que, em sua opinião, a religião procura impedir.

Agamben acredita que os homens modernos perderam essa capacidade de subversão, porque deixaram de ter a capacidade de jogar, de brincar e de restabelecer o livre uso das coisas. Em sua leitura, tal incapacidade adviria do fato de o capitalismo ter anulado de

antemão a possibilidade do uso, pois é, em sua esteira, que surge o consumo e, com ele, a impossibilidade da utilização, à medida que o consumo, por si só, já traz consigo a idéia de extinção, de instantaneidade e, por consequência, de imediata fruição. Sendo assim, o consumo, que destrói necessariamente a coisa, não é senão a impossibilidade ou a negação do uso, que, por sua vez, pressupõe que a substância da coisa permaneça intacta, enquanto o uso, bem diferentemente, é a impossibilidade de apropriação de algo. Para explicar essa realidade como consequência do capitalismo, Agamben retoma a idéia de Benjamin de que o capitalismo se tornou religião, sendo mais do que a secularização da fé protestante, mas um verdadeiro fenômeno religioso de culto ao trabalho, e não para a redenção ou expiação da culpa, no qual inexistiria a preocupação com a salvação do mundo, mas para a sua destruição, posto que orientado ao consumo.

De certa maneira, na acepção de Agamben, portanto, ou tudo se tornou sagrado, ou tudo já foi profanado, sem a possibilidade do jogo entre uma esfera e outra, porque o consumo, base da religião capitalista, só se dá em um determinado instante. Decorrido esse tempo do momento da aquisição, passa a inexistir até mesmo a possibilidade de profanação, pois o que foi objeto de consumo não está mais, já não se encontra ou não existe. Em outras palavras, desapareceu e não pode ser restituído nem a uma e nem a outra das esferas da separação do sagrado-profano. Por isso, recuperar a capacidade humana de profanar, ora perdida, passaria a ser uma urgência política da contemporaneidade e, por consequência, um dos modos de se retomar a capacidade de experienciar. Nesse diapasão, partindo-se do pressuposto de que não se usa mais e de que há somente consumo, ter-se-ia perdido também a capacidade de transgredir.

Segundo ele, é preciso partir da idéia de que houve expropriação de experiências ou, então, no limite, que as experiências acontecem à revelia, exteriormente. Em sua leitura, as raízes desse problema estariam na modernidade, quando desponta a dúvida e a desconfiança cartesiana quanto aos sentidos do homem e, portanto, também de sua capacidade de construir conhecimento a partir do próprio corpo. Em razão dos números e dos instrumentos terem conquistado destaque e ganhado cada vez mais credibilidade no projeto moderno, a experiência ter-se-ia transformado em experimento e em certeza. Desta feita, se

antes, experiência e ciência vinham separadas, pois a primeira pertencia ao homem e ao senso comum e a segunda situava-se no *intelecto agente*, com a nova orientação moderna, essas duas esferas ter-se-iam confundido e a experiência teria passado a pertencer à ciência (AGAMBEM, 2005:28). O interessante é que, para tanto, o sujeito, por sua vez, ter-se-ia tornado único e consciente, o *ego cogito* de Descartes.

É nesse ponto que o filósofo situa a perda da capacidade de uso e de transição das esferas do sagrado para o profano persistente na atualidade. Dessa maneira, parte de Benjamin e chega aos dias atuais também com um diagnóstico desolador, porém, não por isso fatídico, pois, assim como aquele que o inspira, Agamben parece querer muito mais indicar uma situação para que possibilidades de sua reversibilidade sejam pensadas e praticadas. Essa é leitura que faço de seus escritos, à medida que, na passagem que segue, o próprio autor assim se posiciona:

Não se trata aqui, naturalmente, de deplorar esta realidade, mas de constatar-la. Pois talvez se esconda, no fundo desta recusa aparentemente disparatada, um grão de sabedoria no qual podemos adivinhar, em hibernação, o germe da experiência futura. A tarefa que este escrito se propõe – retomando a herança do programa benjaminiano da <filosofia que vem> - é a de preparar o lugar lógico em que este germe possa atingir a maturação.

(Agamben, 2005:23, grifos meus)

### **(Re) inventando experiências e recuperando conceitos**

Diante disso, partindo dessa “filosofia que vem”, torna-se importante pensar sobre a reinvenção ou sobre a recuperação de experiências na contemporaneidade. Se assim é, como recuperar a experiência? E mais, em que consistiriam essas experiências? Pois até o momento, recorrendo às interpretações de Benjamin e de Agamben, estar-se-ia diante de sua pobreza ou de sua improbabilidade.

Para Agamben, a experiência poderia ser apreendida como um tipo de aproximação da morte, porque ela é o traço primário da consciência, algo que antecederia a própria linguagem ou qualquer tipo de interpretação do ocorrido. De outra parte, experiência seria o que se tem e não o que se faz, como passou acontecer a partir do advento da modernidade, ou seja, uma experiência que é experimento, portanto, produzida e calculada. Por isso, em sua apreensão, suspender o racionalismo marcante de tempos atuais seria uma das condições de recuperação dessa capacidade humana.

Em sua leitura, por ter sido controlada e arrefecida a surpresa e o provir dos acontecimentos, ter-se-ia perdido a capacidade de experienciar, ação esta cujo sentido coincidiria inclusive com um certo tipo de sofrimento diante da impossibilidade de previsão ou de certeza, sendo, com isso, também um atingir ou um ultrapassar de limites antes pensados como invencíveis. Por causa disso, é vislumbrada, em suas linhas, como semelhante ao “estágio crepuscular”, no qual não se sabe onde se encontra, por que e como ali se chega, bem como também semelhante ao jogo ou a brincadeira que flertam com o desconhecido e com os limites do ser humano. Nesse sentido, a experiência seria o registro da transgressão, da criatividade e da liminaridade, na qual, de algum modo, existe espaço para a desordem. Dito de outra maneira, segundo Agamben, seria o campo do imponderável.

Para Bataille, outro autor que se dedicou a pensar sobre a noção de experiência, tratar-se-ia de algo “hacia adentro” (JAY, 2009:425), mais da ordem do indivíduo e de sua prática meditativa do que do coletivo ou socialmente compartilhado. Contudo, assim como para Agamben, a experiência dar-se-ia no jogo com o perigo e com o sacrifício, mediante a transgressão e norteadas por uma vontade de se viver algo da ordem do diferente e do mais profundo. Por isso, Bataille escreveu sobre a “experiência interior” como

---

... lo que habitualmente se llama experiencia mística: los estados de éxtasis, raptos, o al menos de meditada emoción. Pero no estoy pensando aquí en la experiencia confesional, a la cual uno ha tenido que adherir hasta ahora, sino en una experiencia puesta al desnudo,

libre de lazos, incluso de un origen, de cualquier confesión, sea cual fuere. Por esa razón no me agrada la palabra mística. (BATAILLE, 1943:3)

---

Nessa acepção, a experiência carrega consigo uma dimensão ética que responde àquele que as tem e não perante autoridades externas, sendo pertinente somente se considerada individualmente e em um exercício pessoal de experimentação. Em função disso, toda tentativa de apreensão discursiva de seu acontecimento resultaria inválida, dada sua intensidade e seu transbordamento. Por esse motivo, a experiência nos termos de Bataille poderia ser aproximada da experiência religiosa e erótica, a que requer a angústia e o desejo de infringir o externamente determinado e que pouco pode ser posta em linguagem, despontando, em última instância, como interioridade, prazer, pavor e perigo e insatisfação.

Essa idéia de que para experienciar é preciso atingir limites, ver-se em um estado liminar ou crepuscular, propugnadas pelos autores mencionados, são a mim bastante úteis para refletir sobre o narrado pelas mulheres desta etnografia, pois, de alguma forma, na leitura delas, viver um parto “mais natural” requer uma superação de limites e gera um estado de incertezas que oscila entre o medo e o desejo de fazer diferente. É certo que essa noção de atingir e ultrapassar limites aparece mais nos casos de uma ou duas cesáreas prévias, casos de partos pélvicos ou casos de partos domiciliares, mas também poderia ser atribuída aos partos hospitalares com pouca intervenção, dada a necessidade de essas mulheres terem de se pôr frente a frente com o desconhecido, amedrontador e dolorido em nome de algo, para elas, mais profundo e interior.

---

Foucault, por outro lado, teria sido criticado por, em tese, não ter trabalhado conceitualmente a noção de experiência, por tê-la pensado mais enquanto um resultado ou um produto de regimes de saber e de poder e menos como algo individualizado. Em meu entender, no entanto, trata-se de outro autor interessante para ser estudado sobre o conceito de experiência, à medida que, em seu pensamento, inexistente o sujeito *a priori*, mas a perspectiva de que nas experiências os sujeitos são conformados, tanto por práticas de assujeitamento como por práticas de liberdade (Foucault, 2006 e Rago, 2008).

Segundo Jay (2009:450), autor que recupera a noção de experiência em um conjunto de autores, Foucault, dialogando com Bataille e com Nietzsche, também teria pensado a experiência como um jogo com os limites, como algo que pode arrancar os sujeitos da idéia que têm de si mesmos, mas isso sempre a partir de uma prática coletiva, ou seja, de sua inserção em um registro epistêmico produtor de realidades (JAY, 2009:451). Exatamente por ter trabalhado com a premissa de que o sujeito se encontra inserido em sistemas de saber e de poder e por não trabalhar com a noção de experiência individual ou interior (Bataille, 1993), o filósofo francês teria sido criticado por não pensar sobre a agência humana, a saber, com a possibilidade dos sujeitos modificarem, por si mesmos, determinadas grades de leitura e desenhos de mundo.

No entanto, de acordo com artigo recente de Osaka (2010), autora com a qual concordo, essa não seria a conclusão mais acertada do empreendimento foucaultiano no que tange à sua aceção de experiência. Segundo essa autora, Foucault teria ressaltado, já na introdução de *História da Sexualidade II - Uso dos Prazeres* (1984), que sua intenção naquele momento era entender como o sujeito moderno passa a compreender a si mesmo a partir do “dispositivo da sexualidade” e que teria percebido que, no mundo antigo, havia o entendimento de que a existência era primordialmente uma experiência que envolvia a conformação da subjetividade. Por causa disso, Osaka argumenta que:

Foucault does not explicitly mention experience in this work, but he makes a claim about bodies and pleasures, which in my view presupposes an understanding of the experiential body in so far as pleasure can only be understood as an experience of pleasure, not solely as a concept or as practice. (OSAKA, 2010:101)

Diante disso, Foucault teria sim problematizado a noção de experiência, partindo do corpo e dos processos de subjetivação, à medida que nele percebia a possibilidade de reconfiguração do considerado normal e do considerado anormal, bem como da idéia de limite e de transgressão. Nesse sentido, em sua obra, o corpo sexual deve ser percebido não só como constructo discursivo, como objeto das ciências e dos discursos, mas também

como campo de experiências que multiplica, distorce e remodela determinadas matrizes discursivas e classificações. Essa conclusão faz com que Osaka (2010:110) entenda que “in Foucault’s thought a constitutive outside to the discursive order thus exists, even though there can be no outside to the apparatus or cultural network of practices as a whole”.

Pensando desse modo, negar uma ontologia da experiência, como é o caso de Foucault, não significa negar a sua dimensão subjetiva e sua capacidade de reconstruir mundos, mas partir da consideração de sua historicidade e de seu aspecto processual. Para Jay, que depois contra-argumenta os críticos de Foucault, pelo contrário, significa que

En lugar de ello, la experiencia resulta ser un campo de fuerza dinámico de todos estos elementos, ni totalmente dentro ni totalmente fuera del yo; un yo que, de todas formas, nunca es previo a la experiencia y se niega a ser reducido tanto a sus modos transcendentales como a sus modos empíricos. Cargado con la energía del deseo, resiste a la domesticación en los discursos convencionales, heteronormativos y procreativos de la sexualidad.

(...) busca ativamente momentos de éxtasis, y quizás incluso de intensidad mística, aunque reconoce el poder de la pasividad y la apertura para aquello susceptible de sobrevenir sin que medie premeditación alguna.

(...) en *La palabra y las cosas*, en los siguientes términos: “el hombre es un animal de experiencia, comprometido ad infinitum en un proceso que, al definir un campo de objetos, al mismo tiempo lo cambia, lo deforma, lo transforma y lo transfigura como sujeto” (JAY, 2009:452)

De outra parte, tendo a concordar com Osaka também quando pede atenção para o fato de que a idéia de experiência enquanto uma “relação reflexiva do indivíduo” teria adquirido destaque nos últimos escritos de Foucault (OSAKA, 2010:111). Nos dois últimos volumes

da *História da Sexualidade*, ao regressar aos séculos I e II a.C e seguir até a consolidação do cristianismo, Foucault percebe que, nesse período, importava menos o “sexo rei” e muito mais uma preocupação com a ética e com a modelação da própria existência, tecida a partir da noção de “cuidado de si” e de “técnicas de si”.

Por meio de um conjunto de técnicas de autoelaboração que envolvia alimentação, exercícios corporais e espirituais, entre outros, como a “escrita de si”, gregos e romanos procuravam cuidar de si mesmos conforme um código de conduta também pessoal, com o intuito de desenhar a vida de maneira ética e coerente, posto que, assim, construiriam a própria subjetividade. Essa subjetividade era atrelada a uma perspectiva ética, pois, cuidar de si, de acordo com uma moral pessoal, resultava em uma existência coerente e bela, que era, na realidade, entendida como ética. Foucault, então, teria encontrado uma maneira de descentrar e de desnaturalizar a idéia de subjetividade moderna, apontando para sua historicidade e para outros modos de subjetivação, indicando, principalmente, a possibilidade de existência de verdadeiras experiências de subjetivação ou, então, de experiências subjetivantes. Dessa forma, a noção de experiência teria passado a compor o arcabouço do pensamento foucaultiano também enquanto configuração individual da própria subjetividade, enquanto um exercício de reflexão pessoal, como é apontado, por exemplo, por Agamben e por Bataille.

Segundo o filósofo, para os gregos e romanos, construir uma vida bela implicava liberdade e existência ética, razão por que pensa essa postura enquanto tessitura de uma “moral de estilo”. Nas “morais de estilo”, o indivíduo cotidianamente revisita suas atitudes e perspectivas, construindo-se permanentemente e em diálogo com os outros. Essa seria a premissa da acepção das “artes do viver”, a de que a vida deve ser entendida enquanto uma obra de arte pessoal, bastante diferentemente da noção de sujeito transcendental presente nas “morais de código”, presentes com o advento da modernidade, geralmente externas e rígidas. Em razão disso, para Foucault, os antigos, antes de se preocuparem com quem se é, na busca de uma verdade ou de uma interioridade, preocupavam-se mais em como conduzir a própria vida (GRÓS, 2006), fazendo da existência uma constante experiência.

Feita essa recuperação bibliográfica, ainda que não seja possível simplesmente transportar conceitos de outros períodos históricos para a atualidade, pode-se, no mínimo, inspirar-se neles, trazendo à tona a noção de que, para Foucault, a construção da subjetividade e uma conformação ética da existência poderiam ser pensadas como experiências.

Dando continuidade ao resgate de acepções teóricas da idéia de experiência para, depois, problematizar o encontrado em campo, gostaria de recuperar também a interpretação de Joan Scott (1999), devido à sua trajetória na historiografia feminista e de sua importante reflexão sobre o conceito de experiência. Para Scott, a experiência não deve ser tomada como uma “evidência”, pois, se assim, considerada engessa a análise e naturaliza categorias. Em sua leitura, tomá-la enquanto sobreposição de aspectos sociais, políticos, econômicos e históricos é um atitude epistemológica que impede percepções estanques de, por exemplo, feminilidade, negritude ou homossexualidade, entre outros.

Por isso, para a autora, importa mais problematizar a construção discursiva de nossas categorias de pensamento, situando-as historicamente, e menos trazer à tona as experiências que os desconsiderados pela história hegemônica, em tese, portariam. Pois, trabalhar com a experiência enquanto evidência seria o mesmo que operar com a sua noção de transparência, com fatos tidos como o real e que, por isso, mais repete do que problematiza perspectivas de mundo. Dito de outro modo, procedendo dessa forma, permanecer-se-ia no registro do conhecimento que é adquirido pela visão, apreensão direta e imediata (SCOTT, 1999:23), desconsiderando o caráter relacional e a historicidade dos discursos e da conformação dos sujeitos. Diante disso, Scott tende a negar a autoridade das experiências, assim como a idéia de que poderia vir atrelada a um determinado tipo de consciência, no sentido contrário do, por exemplo, propugnado por algumas vertentes marxistas, nas quais existe um sujeito, protagonista de sua história e produtor de consciência.

A experiência, para Scott, pelo contrário, não pode contar com um caráter unificador de tradução, nem mesmo com uma hierarquia entre suas categorias de análise. Todas as suas ponderações precisam ser cotejadas e conjugadas com a mesma importância, para evitar o congelamento ou a hegemonização de determinadas situações. Para isso, é preciso partir da

idéia de que os sujeitos são constituídos discursivamente, mas também a de que sua capacidade de agência existe, ainda que se dê em um determinado campo semântico e pragmático. Dessa maneira, a experiência seria uma das histórias do sujeito, uma entre tantas outras possíveis e conforme o enfeixamento de relações sociais e de saber-poder, ou, então, um evento no palco do processo histórico (Scott, 1999:48).

De posse dessas ferramentas conceituais, gostaria de retomar os meus dados de campo e refletir sobre as interpretações que as adeptas do parto humanizado têm feito sobre suas práticas. Em tempos de controle biopolítico, vigilância social e domesticação dos sentidos e das emoções, essas mulheres dizem querer, parafraseando Virgínia Woolf (1929), “um parto todo seu”. Para tanto, parecem querer enriquecer, no sentido de (re) encantar, o ato de dar à luz, que, nesse registro simbólico, perdeu sua intensidade e sua singularidade devido à predominância do modelo “tecnocrático-hospitalar”.

Diante disso, para decidirem parir de maneira diferente do considerado “mais seguro, indolor e rápido” na atualidade, parece haver, de saída e minimamente, a necessidade de uma disposição para enfrentar adversidades. É certo que essas mulheres não estiveram desacompanhadas, tanto que os relatos indicam a presença do médico, da doula ou da parteira urbana, bem como de uma decisão sopesada racionalmente; entretanto, a despeito disso, pude constatar ter sido preciso determinação para suportar o julgamento social de que seriam “insanas”, “irresponsáveis” e “egoístas”, em razão de não pensarem no que seria mais saudável para o bebê e para si mesmas, entendido, geralmente, como a cesárea e como o hospital.

Assim pensando, para enriquecerem suas experiências de parto ou, então, para tornarem-na coerente com sua existência pregressa, no sentido de seus itinerários de vida e conduta pessoal diante do mundo, essas mulheres disseram ter sido preciso enfrentar o medo da dor, uma das principais justificativas da medicina tradicional para o parto cirúrgico e para o uso da epidural. De mesmo modo, disseram ter sido preciso enfrentar o medo do risco de morte, o risco de que algo de anormal ou de perigoso acontecesse, o risco de se esperar demais pela dilatação uterina, o risco do trabalho de parto perdurar horas e horas, o risco da criança

entrar em sofrimento fetal, o risco de um parto pélvico ou de um parto domiciliar terminar de maneira insatisfatória, mas também, e talvez principalmente, o medo do risco da culpa materna posterior por ter arriscado e gerado algum sofrimento para a criança.

Ocorre que, se esses seriam os motivos para muitas mulheres optarem pela incisão abdominal, para as adeptas do parto humanizado investigadas, parecem ser, contrariamente, os fatores propiciadores da sensação de terem experienciado o parto. Nessa esteira, arriscar-se, permitir-se o descontrole e, assim, serem afetadas, corporal e psiquicamente, parece funcionar como condição do acontecimento desejado, à medida que mola propulsora da singularidade buscada. Essa convivência com o medo e a decisão de enfrentar o risco é que parece permitir que aconteça o parto e “não mais um parto”. Dessa forma, justamente por não se saber o que se sentirá, que significados aparecerão e quais serão os resultados de suas práticas, apresentar-se ao incerto opera como motor do que entendem como enriquecimento de suas experiências de parto.

Por essa razão, cogito que para fazerem do parto uma experiência e não um experimento, essencial é dispor-se à surpresa e ao porvir, como o definido por Agamben. No mesmo sentido, essencial parece ser também a abertura para o descontrole pensado por Bataille, ainda que nesse universo apareça bem mais nuançada, pois, de suas histórias, pude depreender que o que gera a insatisfação é não terem sido atravessadas pelo que acreditam ser suas emoções e suas sensações mais cruas, aquelas “mais animais”, à medida que o traumático é justamente terem sido “poupadas”, adormecidas, sedadas e, depois, “cortadas”. Dessa maneira, a inconsciência gerada pela técnica as incomoda, no mesmo grau da fragmentação de seus corpos decorrente da incisão abdominal, cuja leitura acaba sendo a da despersonalização e a da desconsideração de suas particularidades pessoais.

Seguindo nesse sentido e recorrendo ao pensado pelos autores que apontam para a pobreza da experiência na modernidade e na contemporaneidade, os relatos de parto insatisfatórios poderiam ser considerados como lamento ou pesar por um suposto desencantamento de suas experiências ou por um cotidiano, em tese, desprovido de surpresas e de acontecimentos extraordinários. Essa seria uma das razões para tentarem reverter esse

quadro, partindo da premissa de que é preciso jogar com os limites do que é seguro e do que é inseguro, bem como os limites físicos e corporais da dor, ainda que isso signifique profanar algumas das normas dos manuais de obstetrícia e da prática médica, a saber, tetos de tempo, de risco e de fisiologia feminina. Por isso, em alguns dos casos desta etnografia, a saber, em casos de parto domiciliar pós-cesárea e partos pélvicos, parece ter sido preciso jogar com a vida e com a morte, permitir certos estados alterados de consciência e a convivência com um tempo diferente do *chronos*.

De algum modo, esse jogo desponta como “permitir-se” e “entregar-se” e, assim, talvez como uma abertura para o imponderável da (re) invenção das experiências, de que nos fala Agamben. Ou ainda, segundo essas mulheres, como o que “deixa fluir” ao invés de “vibrar na doença” na medicina tradicional (notas de campo, 2008-2010). É certo que Bataille fala sobre uma experiência de risco que, para os meus propósitos, precisa ser matizada, à medida que o risco assumido por essas mulheres é um risco controlado, pois existe o resguardo de uma equipe médica ou da área da saúde, ainda que nos partos em casa. Nesse sentido, o risco existe, mas não poderia ser pensado como algo da ordem do radical e completamente descontrolado. Contudo, ainda que se apresente dessa forma, como, para aquelas que decidem por essas experiências, o risco existe, tendo a me inspirar na acepção batailleana, principalmente por se tratar de um período histórico durante o qual prevalece a regra da cesárea.

Se Agamben e Bataille me ajudaram a pensar o campo por esses prismas, Foucault e Scott, com suas abordagens do conceito de experiência, me auxiliaram a entender o material etnográfico no que tange ao aspecto processual e à historicidade das práticas de partos mais naturais. Se ora avento essa possibilidade é porque percebi que as escolhas dessas mulheres não poderiam ser lidas isoladamente e que a decisão por um parto humanizado não poderia ser destacada de suas trajetórias pessoais, posto que, como tratado no capítulo anterior, ou vieram conectadas a experiências de parto anteriores “traumáticas” ou insatisfatórias ou, então, foram influenciadas pelo próprio modo de conduzirem suas vidas, como aconteceu com as que sempre procuraram o mais natural, com as que contaram com o peso da história geracional em suas opções, com as que tiveram passagens de violência de gênero em suas

vidas, com as que sempre tiveram uma relação de confiança com o próprio corpo ou com as que sempre procuraram indagar o próprio mundo, entre tantos outros exemplos.

Para isso, importante foi recorrer à aceção de que as experiências não podem ser tomadas como evidências, mas que devem ser consideradas em seus antecedentes (Scott, 1999), bem como do quanto é importante percebê-las tanto como assujeitamento quanto escape de determinados registros de saber e de poder (Foucault, 2005 e 2004). Desse modo, tendo a considerar que essas mulheres decidiram parir diferentemente em razão de terem sido conformadas por experiências anteriores, que, ao ensejarem outros modelos de parto, depois, contribuíram para que experiências futuras acontecessem, como foi possível perceber nos relatos de mulheres que, passado o parto, engajaram-se na militância pelo parto humanizado, transformaram suas atividades profissionais, suas relações com outras mulheres e até mesmo com suas próprias mães.

Dessa maneira, se a leitura mais adequada parece ser a da historicidade de suas experiências de parto e a de que essas práticas se encontram inseridas em regimes epistêmicos, tais como o da medicina tradicional e o da humanização do nascimento, entre outros indicados no primeiro capítulo, em outro sentido poderiam ser também pensadas como “processos de subjetivação”, nos moldes propostos por Foucault.

Deve-se entender, com isso, práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 2010:15)

Se assim me oriento é porque, segundo as narrativas femininas, além de uma preocupação com a modelação da gestação e do parto mediante “técnicas de si” e condução da experiência segundo suas perspectivas de mundo, poucas não foram as situações nas quais essas mulheres disseram ter-se transformado subjetivamente depois de terem parido. Nesse

diapação, “eu não sou mais a mesma”, “agora confio mais em mim do que antes”, “pude (re)significar o meu papel de mãe depois de meu segundo parto”, “sou menos misógina”, “eu me sinto mais forte e poderosa agora”, “uma mulher morreu, mas nasceu outra”, “agora sei que o feminino pode ser diferente”, foram encontrados durante a pesquisa sugerindo uma construção da própria subjetividade.

Em outra direção, é preciso ressaltar que esses processos, ainda que se digam individuais, não poderiam deixar de ser definidos como decorrentes de uma conjuntura social e cultural mais ampla, ou seja, do diálogo entre o público e o privado. De fato, muitas dessas mulheres souberam da possibilidade de parir de outro modo em razão da presença do ideário do parto humanizado, do contato com outras gestantes, parturientes e profissionais de saúde ou, então, através da internet e de outros relatos de parto. Dessa forma, teriam chegado ao que consideravam melhor para si mesmas também a partir da intersecção com grupos e da relação com outras mulheres, na troca de informações. Em outro sentido, há de se destacar igualmente a inserção dessas mulheres em um determinado contexto social, qual seja o da propagação discursiva de uma vida saudável, de movimentos ecologistas, assim como de uma valorização da maternidade tardia e consciente entre as camadas médias brasileiras na atualidade, tornando impossível a leitura de que suas práticas poderiam ser interpretadas como atitudes isoladas.

Posto dessa maneira, tendo a concluir que, para as adeptas do parto humanizado desta etnografia, ter um parto mais natural poderia significar uma tentativa de enriquecimento de suas experiências de parto, quando e se considerado que experienciar, a partir de Agamben, Bataille, Foucault e Scott, coincide com a capacidade humana de se apresentar ao imponderável, assumindo riscos em busca do que se entende por intensidade e singularidade, em um processo histórico aberto tanto à sujeição quanto aos processos de subjetivação. Por último, vale notar também que a sede dessa experiência tende a ser o corpo, percebido não só como aquele que “já não agüenta mais” (Pal Pelbart, 2008), mas também como “máquina de guerra” (Deleuze, 2001), como o que é assujeitado, mas também ponto de resistência, sendo, nessa esteira, um corpo que é mais que corpo...

## **Experiência, corpo e pessoa: trajetórias de parto**

Durante a pesquisa de campo, pude perceber que as experiências de parto humanizado aparecem muitas vezes, inicialmente em sua dimensão corporal. Pelo menos o que se entende por intensidade tem começo no corpo, na sua abertura, no seu descontrole, em suas contrações e em suas dores e seus odores durante o trabalho de parto. Para algumas das mulheres desta etnografia, o corpo chega a ser o responsável pela busca da experiência, por conhecê-lo e confiar em seu potencial para o parto mais natural ou porque, de outro lado, querem por ele sentir o parto. De outra parte, o seu corte, no caso das cesáreas, pôde ser compreendido por outras mulheres como fragmentação de sua pessoa e, por isso, ensejar o desejo de outro tipo de parto. Se por uma ou por outra razão, o que se destaca é que o corpo figura, em algumas situações, como o que impulsiona a decisão de parir diferentemente e que, depois, serve de base para a tradução da experiência a partir de suas sensações.

Penso, no entanto, que essa corporalidade tão patente deve ser lida como muito mais do que biologia e anatomia, em razão do corpo narrado ser descrito como igualmente psíquico, emocional, cultural e espiritual. É claro que cada uma dessas mulheres tem uma relação própria com seu corpo e que isso comporta graus e intensidades. Entretanto, ainda assim, a perspectiva que carregam de corpo parece ser mais ampla do que a fixada nos manuais de obstetrícia e da propalada por alguns profissionais da saúde. Nesse sentido, o corpo de que falam é multiestratificado, é sensorial e é emocional, resultado e construtor de discursos de saber e de poder e, assim, retrato de leituras exteriores de mundo e de suas resistências ou contra-interpretações. Dessa forma, é o corpo que enseja, mas que também acontece na e pela experiência. De início, é um corpo que não tolera mais as intervenções e o controle tecnológico e social excessivos; é o corpo que se sente invadido e desrespeitado, que poderia ser o “corpo que já não aguenta mais” aquilo que essas mulheres compreendem como constrangimento cultural e que, por isso, quer existir e ser e não simplesmente passar pela vida. Diante disso, caberia a hipótese de serem corpos que dizem buscar e querer a afetação, no sentido de não ser poupado, mas atravessado por intensidades e, por isso, trabalhar com a possibilidade da transgressão e de um tipo de superação de seus próprios

limites, com o objetivo de que sejam tratados em sua integralidade e totalidade, a saber, também em sua personalidade.

Dessa maneira, a noção de corpo defendida pelas adeptas do parto humanizado desta etnografia, não parece condizer com o de corpo como suporte do simbólico. Na realidade, parece vir mais na esteira do corpo que é, a um só tempo, produto e produtor de cultura. Por isso, no seio dos debates sobre corpo enquanto suporte ou de corpo enquanto sujeito, nessa oportunidade tenderia mais para a segunda corrente, bem como para uma tentativa de articulação entre corpo e pessoa; porque, entre essas mulheres, parir no hospital e mediante o “efeito cascata” teria implicado não somente uma agressão ao corpo, mas também um processo de sua despersonalização, à medida que dizem ter-se sentido, nesses espaços e temporalidades, desconsideradas enquanto indivíduo singular, dotado de desejos, anseios e de práticas pregressas.

Essa personalidade, todavia, não aparece como algo apartado do corpo, porque esse corpo é também entendido como produtor de cultura. É um corpo que produz cultura, porque é também sujeito e de onde nascem as palavras que têm desenhado o que consideram ser outra cultura de parto; é pessoa, porque confere contornos a uma mulher que, tomando-o de saída, acredita individualizar-se e fazer de seu parto um acontecimento que compõe sua vida e que, assim, dá contornos à sua subjetividade.

Dessa forma, no bojo das discussões antropológicas sobre o corpo e pessoa, para pensar o encontrado em campo, prefiro partilhar do entendimento do antropólogo Thomas Csordas (2008), sobre o corpo como sujeito, mas também como personalidade, sem ser simplesmente o seu suporte, mas a possibilidade de vivência e de linguagem simultaneamente. Nesse sentido, é o corpo subjetividade, sem que um possa existir sobre o outro e isso, à medida que entender corpo como cultura é o que também me torna possível pensar em novos modos de subjetivação na contemporaneidade e em meu caso, mais especificamente, em outras subjetividades maternas, femininas e talvez feministas.

Luis Fernando Duarte (2003), ao retomar o caro debate antropológico dos modelos relacionais de pessoa versus os modelos do indivíduo ocidental moderno, assevera que Mauss teria sido o primeiro a escrever sobre a “construção social da pessoa” (1938). Depois dele, teria sido a vez da *Escola de Cultura e Personalidade* (EUA), marcadamente influenciada pela leitura culturalista de Franz Boas. De outro lado, Radcliffe-Brown, antropólogo britânico de orientação funcionalista, teria esboçado com maior nitidez a distinção entre a pessoa e o indivíduo (1940), situando o indivíduo como organismo biológico e pessoa como um complexo de relações sociais. Essas primeiras separações e leituras, de acordo com Duarte, teriam, depois, sido operacionalizadas pelos românticos e, mais especificamente, por Georg Simmel, que ponderou sobre o “individualismo qualitativo” e o “individualismo quantitativo”, a partir da utilização analítica do conceito alemão de *biulding* (autocultivo pessoal). Para Simmel, o individualismo quantitativo diria respeito ao ideário universalista e iluminista, de afirmação da liberdade, da igualdade e da autonomia dos sujeitos sociais, enquanto o qualitativo estaria relacionado ao sujeito do ideário romântico, atravessado por categorias como singularidade, interioridade, intensidade, autenticidade e criatividade dos sujeitos na cultura (DUARTE, 2003:175). Como resultado, Simmel (1971) teria concebido o conceito de “cultura subjetiva” para indicar a que vem e em que consistiria o individualismo qualitativo difundido pela ideologia romântica.

Foi nessa esteira de discussão que, nos anos de 1960, foram publicadas as análises de Louis Dumont sobre a noção de pessoa, que, como sabido, depois de sua etnografia da sociedade indiana, passou a trabalhar com a classificação de sociedades holistas versus sociedades individualistas. Nas primeiras, seriam encontrados os modelos mais abrangentes ou totalizadores da idéia de pessoa, enquanto, nas segundas, como a capitalista ocidental, a ideologia moderna de homem, na qual a parte vem descolada da noção de todo. Na leitura holista, vigoraria o princípio da hierarquia que, notavelmente, não pressupõe inferioridade, enquanto, na individualista, operaria a premissa da igualdade ou do igualitarismo. Esses estudos pouco a pouco, a partir da década de 1970, atingiram a antropologia brasileira, dando margem a trabalhos importantes sobre a noção de pessoa em nossa sociedade, Duarte (1986), por exemplo, ter-se-ia dedicado a pensar a noção de pessoa nas experiências de

doença nervosa entre as classes trabalhadoras a partir da grade mais relacional, enquanto Salem (1987), como já apontei, teria trabalhado como a noção de pessoa, nos moldes individualistas, entre os “casais grávidos” cariocas da década de 1980.

De outra parte, Duarte traz à tona também um ponto bastante importante para nosso tema de investigação: a existência, cada vez mais frequente, de etnografias sobre processos de despersonalização e de desumanização no interior dos sistemas de atenção à saúde no Brasil (2003:178). Para o antropólogo, os campos da biomedicina e da antropologia ou da antropologia da saúde têm-se destacado no cenário teórico nacional, dando ênfase às narrativas de usuários dos sistemas de saúde que se sentem ou se sentiram desconsiderados em sua personalidade, tanto pela instituição em geral quanto pelos profissionais e por seu imaginário médico. Leituras como essa podem ser de grande utilidade para a tematização do encontrado em campo no decorrer desta tese, haja vista a frequência de relatos como esses entre as adeptas do parto humanizado, que, a *grosso modo*, dizem ter vivido um processo de fragmentação de seu *self* ou de desconsideração de sua singularidade, tendo-se tornado “somente mais uma mulher que dá a luz”.

Segundo esses prismas, a discussão da noção de pessoa na antropologia e os estudos que têm sugerido os processos de despersonalização em algumas áreas da saúde, de que noção de pessoa as mulheres desta tese partilhariam, das mais relacionais ou das individuais igualitaristas? Para tentar refletir sobre essa questão, antes é preciso consolidar algumas premissas e recuperar os apontamentos de Salem (1987). Em primeiro lugar, vale notar que, quando Dumont escreve sobre as sociedades holistas, refere-se à sociedade indiana e às sociedades tradicionais, nas quais o abrangente, na maior parte dos casos a religião, determina o que e quem é a pessoa, operando mediante hierarquias. Contudo, em nosso caso, estamos inseridos em um contexto de sociedade ocidentais, portanto, naquelas em que o antropólogo francês denominaria de individualistas, nas quais o valor é o indivíduo e na qual vige o princípio da igualdade. No entanto, parece-me ser preciso considerar também que, no interior das sociedades individualistas, a partir do século 19 e inicialmente na Europa, dois outros ideários também passaram a orientar os modos de existência e a noção de pessoa entre as sociedades individualistas, a saber: a proposta iluminista e a proposta

romântica. Nos moldes propostos pelo Iluminismo, o sujeito existiria como um *a priori*, prevalecendo a idéia de igualdade entre os indivíduos, enquanto, para o Romantismo, a despeito de também se partir da idéia de igualdade e de liberdade, os sujeitos estariam em constante conformação e seriam, assim, o resultado de um processo de autocultivo para o qual a noção de alteridade seria bastante importante. Dessa maneira, ainda que a análise de Dumont seja de suma importância para a teoria antropológica, em minha leitura, há de se matizar a premissa do sujeito *a priori* nas sociedades individualistas.

Assim, considerado esse viés, ao retomar minhas notas de campo, inclino-me a pensar que, entre as adeptas do parto humanizado, ainda que no interior de uma sociedade individualista, vigoraria uma noção mista de pessoa. É certo que, no lastro dos estudos de Salem (1987), encontrar-me-ia entre mulheres de camadas médias, que, enquanto cidadãs, requereram a liberdade de parir como desejado, priorizando seus direitos sociais e sua autonomia de decisão, e que, por isso, poderiam ser lidas como resultantes de uma construção individual e igualitária de pessoa. Contudo, de outra parte, como tenho tentado descrever, parece haver também uma notável relação de cultivo pessoal e de valorização do que é tido como singularidade, intensidade e experiência, ou seja, aspectos denotativos de uma matriz mais qualitativa e um pouco diferente da iluminista moderna que, em seu registro, é menos relacional e mais essencial. Desse modo, prefiro a noção de pessoa trabalhada por Simmel e que envolve a noção de “individualismo qualitativo” em detrimento de “individualismo quantitativo”, à luz da consideração da influência do Romantismo nos processos de constituição da subjetividade. E se essa é minha inclinação, importa salientar que também Salem, ao etnografar o “casal grávido”, já havia estabelecido o diálogo entre Dumont e Simmel para pensar sobre a pessoa em seu trabalho.

Em outras palavras, parece-me inegável que entre essas mulheres circula a perspectiva da autonomia do próprio corpo e de suas escolhas, assim como da independência da família e dos discursos socialmente vinculados acerca de parto, o que reforçaria a leitura iluminista de pessoa, porém, de outra parte, pautam também um processo de autoelaboração, que é relacional, pois conjugado aos grupos de preparo e às outras mulheres, que sinalizaria a influência de uma concepção de pessoa mais afeita ao propalado pelo Romantismo. Por

outro prisma, as adeptas do parir diferentemente destoariam da perspectiva iluminista de pessoa, à medida que dizem operar mais com a sensibilidade do que com a racionalidade, com o cotidiano, com a transgressão e com uma configuração subjetiva construcionista pautada na alteridade, tecendo, para isso, inclusive outras relações com a natureza, que não mais a inerte e a inalterável do pensamento moderno iluminista, mas entendendo-a de modo integrado, como se pessoa e cosmos fossem construídos de modo interdependente e de forma aliada às emoções e às sensações. Para Duarte (2003), essa recuperação de categorias como “experiência”, “ação”, “prática” e “agência” estariam cada vez mais presentes nas etnografias contemporâneas, indicando

... uma retomada muito generalizada do “romantismo” em combinação complexa com o “empirismo”, em oposição à longa preeminência do universalismo (sobretudo em sua versão estruturalista) no pensamento do século 20. Os conceitos oitocentistas românticos de Erfahrung (experiência), Erlebnis (vivência) ou Verstehen (compreender) ressurgem assim renovados pelas ambições de produção de um conhecimento pontual, tópico, voltado para a “singularidade” mais do que para a “universalidade”, para a “intensidade” mais do que para a “racionalidade” e para a “compreensão” mais do que para a “explicação” (DUARTE, 2003:179)

Para entender a presença de traços da ideologia romântica em práticas contemporâneas e também nas de parto mais natural, os escritos de Colin Campbell (2001) podem ser interessantes, pois me ajudam a refletir sobre a existência de um neorromantismo na atualidade. Segundo o sociólogo, o movimento europeu romântico ter-se-ia desenvolvido a partir do sentimentalismo do século 18 e da contribuição de alguns pensadores que, depois, tornaram-se seus expoentes, como Rousseau e Goethe. Por mais complicado que possa parecer defini-lo, dada a sua capilaridade nas artes e literatura, num sentido geral, o romantismo poderia ser compreendido como um movimento cultural similar ao Renascimento e ao Iluminismo, e, de maneira mais restrita, como um tipo de arte e de gosto contrastante com o Classicismo e com o Realismo (CAMPBELL, 2001:253). Para

Campbell, o seu apogeu ter-se-ia dado no final do século 18 e começo do século 19, no enalço do (re) encantamento de um mundo, em tese, desencantado pela racionalidade exacerbada e por uma perspectiva empirista e materialista de vida. Nesse período, partia-se da premissa de que, para isso, era preciso procurar pela diversidade, pela individualidade e pela imaginação (muito presente na literatura sentimental que o antecederia).

Essa maneira de sentir e de perceber o mundo, a princípio mais presente entre os alemães, é chamada pelo sociólogo de “teodicéia romântica”, um paradigma que teria bases na exaltação da criatividade, no divino que existe dentro de cada ser humano, na idéia de natureza e de um culto panteísta em que se daria uma equiparação entre a estética e a ética. O conceito de natural era tomado pelos românticos como o mais espontâneo, como o não premeditado e como o desconectado das convenções sociais. Por causa disso, partilhando dos ensinamentos de Rousseau, pactuavam, de saída, com a noção de que o homem seria bom por natureza e de que sua corrupção teria ocorrido com o advento das normas sociais.

Dessa grade de leitura, decorria igualmente a percepção de que o positivo viria da desordem e de que o prazer merece lugar de significativo destaque na vida de qualquer ser humano. Na natureza, por exemplo, procurava-se, por causa disso, dar vazão ao seu ego real e à sua inclinação para a criatividade, buscando dirigir a vida para experiências agradáveis, de deleite e atravessadas pela possibilidade da novidade, ainda que tivessem de ultrapassar algum eventual sofrimento prévio (CAMPBELL, 2001:271).

Contudo, mais interessante é observar que, para Campbell, o que mais importa é a existência de uma relação entre Romantismo e Iluminismo, pois, em seu entender, o primeiro teria favorecido a ênfase sobre o individualismo que caracterizou o Iluminismo por meio de outra roupagem, mais no sentido do “homem qualitativo” do que “homem quantitativo” anunciados por Simmel, e que, por isso, teria contribuído paradoxalmente para a difusão da ideologia do consumo na modernidade. Para Duarte (2004:8), que recorre aos estudos de Campbell para ponderar sobre a atualidade brasileira, não haveria mesmo como compreender o Romantismo sem mencionar o universalismo, justamente por dele partir e a ele se opor, mas, o Romantismo, no entanto, em que pese essa conexão ou origem

intrincada com o individualismo iluminista, partia muito mais da peculiaridade da pessoa e não dos aspectos que essa poderia porventura compartilhar com a humanidade. De tal modo que, enquanto salientava o direito de cada indivíduo à sua autodeterminação, a sua concepção de *self* aflorava como algo da ordem do criativo, da auto-expressão e de uma elaboração pessoal (CAMPBELL, 2001:257).

Quando retomo algumas das características dos adeptos desse movimento, tendo a perceber ressonâncias em algumas das práticas e das aceções das mulheres desta etnografia, por isso acaba sendo interessante pensar sobre outros modos de parir à luz de um suposto neorromantismo na atualidade ou, então, no limite, de suas influências quando se pensa sobre a noção de pessoa operante nos grupos de preparo para o parto humanizado. Para mencionar alguns exemplos, quando nos concentramos na concepção de natureza, que é considerada viva, alterável e como integrada ao ser humano, notam-se semelhanças no que tange, por exemplo, à placenta enterrada nos quintais, à espiritualidade por elas propalada como conectada ao cosmos e à natureza e a noção de corpo que é mais do que biologia. De outra parte, a idéia de totalidade da pessoa contraposta à separação e à soma de elementos, próprias do universalismo, poderia também ser identificada em meu campo de pesquisa, porque, para essas mulheres, é preciso trabalhar e partir de uma noção integral de corpo, ao invés de percebê-lo de modo esquadrinhado e enquanto simples soma de órgãos que poderiam ser isolados. Essa totalidade, de acordo com Duarte (2004:9), viria também no registro da unidade e dela adviria a noção de singularidade da pessoa, que nada mais representaria do que a “totalidade em si mesmo” (DUARTE, 2004:9). Com relação a essa idéia, vale ainda salientar que a totalidade enaltecida é muito mais do que a soma de algo, aproximando-se de uma espécie de estado de espírito, de êxtase e completude, idéia essa presente em muitos relatos de parto debatidos neste trabalho.

Além desses pontos, para os românticos, importava sobremaneira a noção de fluxo em contraposição à de imobilidade. Esse fluxo poderia ser entendido como algo da ordem interna de cada pessoa, um tempo e uma orientação própria para a automodelação e para o constante aperfeiçoamento ou também como uma energia que movimenta os seres humanos na busca de novas e de diferentes realizações. Nesse diapasão, era também considerada

uma potência similar a concepção de *conatus* de Spinoza (DUARTE, 2004:11). Em razão de ser assim descrito, poderia ser um caminho para a leitura do tempo descrito pelas parturientes deste trabalho, o tempo que acolhe, o tempo que espera e que deixa fluir, pois, como procurei demonstrar no capítulo anterior, o tempo do parto buscado é o tempo que é próprio, processual, contínuo e não o tempo do relógio. É o tempo de cada uma, de cada corpo e do que necessita ser elaborado.

Segundo Duarte (2004), a ênfase na experiência era a base da epistemologia romântica e nota-se com que intensidade as adeptas de outros modos de parir dizem buscar e defender a necessidade do enriquecimento de suas experiências de parto, tendo dado a elas notória importância e prioridade. Com relação à intensidade, espero também ter pontuado o grau de seu anseio, porque, entre as entrevistadas e participantes dos grupos, dizia-se existir o desejo de afetação, o desejo das dores e das sensações, para elas, responsáveis pela intensidade da experiência. Nesse sentido, emoções, sensações e descontrole estiveram presentes em diversas falas e registros de campo, apontando para o que compreendiam por intensidade. No que tange à singularidade, mais uma requisição do movimento romântico (DUARTE, 2004), primeiramente cogitaria ser o seu requerimento não somente a mola propulsora da insatisfação com a medicina tradicional, mas também o que despertaria nesses grupos de mulheres a disposição para parir em casa, no hospital, com ou sem procedimentos, desde que se tenha “o parto e não mais um parto”.

É nesse bojo de confrontações e de problemáticas que identifico lastros do ideário da pessoa romântica e moderna na idéia de pessoa construída pelas adeptas do parto humanizado. Se essas aproximações puderam ser feitas, não tenho por objetivo, no entanto, reiterar algo já vivido, mas somente apontar semelhanças, sugerindo leituras teóricas de sua compreensão. Não obstante, ainda assim, reconheço também a presença de alguns indicadores da persistência ou da nova atualização do ideário individualista iluminista, dado que não se pode separar o primeiro do segundo e em virtude de ter-se reconhecido também a operacionalidade de noções como autonomia, liberdade e igualdade. Por esses motivos, tendo a concluir pelo atravessamento de ambas as correntes de interpretação de pessoa individualista (a iluminista e a romântica) entre as mulheres por mim investigadas,

sugerindo muito mais um híbrido de individualismo e de relacionalidade em tempos como nossos, que alguns, dos quais discordo, têm denominado de neorromântico.

A retomada paulatina dos princípios românticos no pensamento ocidental tomou a forma do que hoje se denomina pós-modernismo, ou seja, de uma crítica do universalismo em nome da singularidade, da intensidade e da experiência. Apesar da expressividade semântica da categoria nativa, considero conveniente caracterizar essas novas manifestações como um neo-romantismo (DUARTE, 2004:16).

Prefiro pensar, portanto, em termos e modos de ver o mundo que vêm (re) significados e que, por isso, ainda que pareçam ser os mesmos, seriam, na realidade, situados historicamente, assim como ferramentas para a desnaturalização de determinados conceitos e grades de leitura.

Então, à guisa de conclusão, dir-se-ia que o corpo não só é representado pelas adeptas do parto humanizado como o que “já não aguenta mais”, mas também como a potência e a ponte para a experiência e para a intensidade. Esse corpo parece ser também a pessoa, à medida que os dois são considerados a partir da idéia de integralidade e de totalidade, bem como de uma permanente construção subjetiva, à medida que se poderia pensar que, entre essas mulheres, “não se nasce mãe, mas torna-se mãe de diferentes modos”, assim como se dá à luz de diferentes maneiras (notas de campo, dez. 2009).

### **Dor, limites e um mosaico de significações**

Teci algumas ponderações sobre as acepções de experiência, de corpo e de pessoa que parecem circular no universo do parto humanizado a partir deste estudo, situado em dois grupos de mulheres. De agora em diante, dedicar-me-ei a como essas mulheres têm entendido a dor do trabalho de parto, procurando demonstrar como essas ponderações contribuem para o desenho do articulado anteriormente e para como têm sinalizado a

existência de uma interface entre parto, sexualidade e espiritualidade na contemporaneidade.

Para ter o parto pretendido, é preciso ir além da dor, pois somente assim se alcança o bojador. Essa teria sido a conclusão de uma das mulheres dos grupos de preparo para o parto humanizado, ao parir gêmeos naturalmente, depois de uma cesárea na primeira gestação. De fato, os relatos e as narrativas, em encontros e em entrevistas, sugerem que para se ter a experiência desejada de parto é preciso, antes e incondicionalmente, enfrentar e superar alguns possíveis percalços: o medo, o risco, a angústia, a insegurança e a incerteza; porém, mais do que isso, é preciso deparar-se, antes, com a dor, que, para muitas delas, é ainda algo desconhecido.

Em muitas reuniões e situações, a dor atuou como tópico central. Por isso, dizer que as adeptas de outros modos de parir não temem a dor seria uma falácia. Eu tenderia a dizer que, pelo contrário, o medo da dor parece ser o que mais as assombra e as amedronta. O temor de não saber como seria o parto, qual seria a intensidade das dores, se iriam suportar ou como iriam se comportar, originava perguntas em quase todas as oportunidades de diálogos com profissionais de saúde, doulas ou preparadoras perinatal nas reuniões dos grupos. Embora se tentasse desconstruir o mito da dor do trabalho de parto durante o preparo para o parto humanizado, caracterizando-a como algo subjetivo, nem sempre presente, ainda assim, o medo da dor prevalecia.

Para os médicos pactuados com o modelo tecnocrático, esse medo seria a causa ou a razão pela qual as mulheres brasileiras optariam pelo parto abdominal. Em entrevistas, reportagens e documentários coletados durante o período desta pesquisa, pude perceber que para a categoria médica, lógico que em um sentido bastante geral, as gestantes antecipam o parto pelo fato de temerem a dor do processo “mais natural”. Não há dúvida de que as mulheres concordam com o procedimento e de que muitas devem mesmo temer a dor a ponto de pedir pela cesárea, posto que, se assim não fosse, o Brasil não seria o recordista mundial no número de cesáreas. Entretanto, essa realidade parece indicar também quanto, para os profissionais da saúde, o parto natural pode mesmo ser doloroso e sofrido.

Conforme recente reportagem da Revista Veja (agosto de 2008), por exemplo, para um médico americano, a dor de parto seria “a pior dor do mundo”, quase sem equivalente, a não ser por certa semelhança com a sentida em uma crise de cólica renal e ainda assim multiplicada por mil. Essas impressões teriam sido retratadas também no documentário brasileiro de Biasucci (2002), *Nascendo no Brasil*, em que um grupo de médicos de uma das capitais do país vem a público reafirmar que a cesárea é feita em função do pedido e do medo da gestante, não sendo, por isso, o procedimento de responsabilidade única e exclusiva da categoria médica. Contudo, se para isso aponta esse registro audiovisual, em contrapartida trouxe à tona também uma grande contradição, haja vista dele terem participado também uma gama de mulheres que disseram não temer a dor do parto, seja pelo fato de desconhecê-la, de nunca terem-na vivido, ou por saberem ser mesmo esse o processo e de outras tantas mulheres conhecidas terem-no superado.

Diniz (1996) acredita que os médicos modernos recorreram ao tema da dor para justificar a consolidação do parto hospitalar, que na época figurava como um das maneiras de evitá-la ou de controlá-la e que, por isso, ter-se-iam dedicado detidamente ao estudo da dor nos princípios da constituição da obstetrícia. O interessante é que se a dor do parto, de certa maneira, pode ter legitimado a predominância do parto hospitalar a partir da década de 1950 no Brasil, a situação hoje parece ter-se alterado muito pouco, tendo em vista essa matéria da Revista Veja (2008) e as pesquisas sobre as representações de parto (FIOCRUZ, 2003).

Sobre essa questão da dor enquanto fonte de legitimidade do parto institucional e cirúrgico, a reconhecida feminista norte-americana Adrienne Rich, em uma leitura bastante radical, mas nem por isso menos interessante, em seu capítulo “O parto alienado” de *Nacemos de Mujer* (1996) teria dito que:

En el siglo XIX la posibilidad de eliminar el dolor y el trabajo significó una nueva clase de prisión para las mujeres: la inconsciencia, las sensaciones adormecidas, la amnesia, la pasividad absoluta. Las mujeres pudieron optar por la anestesia, y

para las que lo hicieron primero fue una elección consciente, incluso atrevida. Sin embargo, evitar el dolor – físico o psíquico – es un mecanismo peligroso, que nos puede inducir a perder el contacto, no sólo con nuestras sensaciones dolorosas, sino también con nosotras mismas. En el caso del parto, el dolor ha sido una etiqueta aplicada indiscriminadamente a todas las sensaciones que se producen durante el parto; una etiqueta que se apodera de la complejidad de la experiencia física de la mujer individual, y la niega (RICH, 1996:239)

Se vigora essa orientação médica quanto à dor do parto, ainda que não possa ser generalizada para todos os médicos e para todas as orientações profissionais, percepções como essas, a de algo insuportável, a do perigo e a da larga dimensão da dor, não parecem ter impedido as mulheres desta etnografia de viverem o parto desejado sem analgesia e sem cesárea, ou, então, mediante uma dose menor de anestesia. Pelo que pude depreender, embora temessem a dor, contrariamente ao esperado socialmente, decidiram enfrentá-la e confrontá-la, partindo da premissa de que a dor poderia ser uma das condições mais importantes para a experiência e, portanto, algo que não poderia ser controlado ou evitado. Considerando que a proposta é a de sentir o trabalho de parto, na busca pela intensidade da experiência, a dor, por conseguinte, parece funcionar como componente ou uma das entradas para o acontecimento almejado. Dessa maneira, a dor é temida porque desconhecida ou porque responsável pelo descontrole, mas, ainda assim, é enfrentada, desmistificada e quase nunca evitada. Na realidade, tudo que evita, tenta controlar; postergar ou antecipar o parto não é visto com bons olhos pelas mulheres que querem parir diferentemente e que, pelo contrário, seguem ao encontro da dor na “busca do bojador”. Diante disso, poderíamos aqui cogitar também a incidência da noção romântica de que para o prazer e para a experiência, por vezes, seria preciso, antes, sofrer e padecer.

Se a dor é temida, mas enfrentada, outro aspecto, muito interessante e importante para os meus propósitos, é a tradução feita depois de decorrido o parto: quando elas tentavam descrever o sentido, ou seja, que tipo e intensidade de dor sentiram, bem como quais foram

suas sensações. É importante e interessante porque inexiste unicidade, o experimentado é plural e oscilante, dando contornos ao que ora denominarei de um mosaico de sensações de dor. Se uma ou outra representação parece reiterar o compartilhado socialmente ou a perspectiva médica, outras tendem a tematizar ou até mesmo desconstruir acepções hegemônicas de dor e do que se deveria sentir durante um trabalho de parto. Diante disso, para fins de maior detalhamento das impressões e sensações descritas em campo, trabalharei com cinco modalidades de dor recorrentemente encontradas durante a investigação, sem, contudo, querer, com isso, esgotar todas as outras interpretações que porventura possam existir ou despontar. Entre as cinco categorias identificadas, estariam as seguintes: “a dor que dói”; “a dor que se sente, mas se esquece”; “a dor que não é sofrimento” e “a não dor, mas prazer ou satisfação”.

Em razão da primeira interpretação, de certa maneira, coincidir com a percepção médica e socialmente veiculada, não será aqui abordada em demasia, a não ser no sentido de que repete e reatualiza que **parir dói**, ou seja, que pode ser sofrido e doloroso. Nessa franja, encontrei mulheres para quem a dor teria sido tão grande que pensaram “que fossem partir ao meio” e que, por isso, teriam desistido de parir naturalmente ou de experimentar outras gestações. “Eu tinha muito medo de sentir toda aquela dor novamente, muito medo” (notas de campo, dez. 2009). Entretanto, ainda assim, em que pese ter sido essa a simbolização do experimentado, não desistiram de experimentar o parto natural de maneira antecipada por causa da dor; a saber, não pediram pela anestesia ou cesárea antes mesmo de o parto começar. Em termos quantitativos, diria que do universo analisado, 15% das mulheres que participaram desta pesquisa estariam alinhadas a essa corrente interpretativa.

Há também **a dor que é sentida, mas esquecida**. Essa interpretação do vivido durante o trabalho de parto aparece embebida de um apagamento do que se sentiu. Vem como esquecimento ou, então, como uma espécie de sublimação. Tem-se a idéia de que doeu, mas de que o experimentado - leia-se sentido - teria, depois, tornado-se irrelevante, ou porque a mulher conseguiu parir naturalmente como desejado, ou porque a alegria de ter a criança nos braços teria superado o desconforto antes vivido. Pode-se aventar a hipótese de que, em casos como esses, a dor funcionou como componente ou etapa de “um ritual de

passagem” (notas de campo, 2008), porque, para algumas das mulheres analisadas, o processo de parir viria como caminho ou rito para o surgimento de uma nova subjetividade, a materna, e exigiria um certo sacrifício – no caso em tela, a dor. É o que essas mulheres parecem querer explicar mediante a metáfora da caminhada, segundo a qual é preciso cruzar o caminho e não tomar o helicóptero, pois somente assim se chega ao cume tendo vivenciado o processo, considerado tão importante quanto o resultado final. Diante disso, a satisfação feminina de parir como desejado adviria de um sofrimento prévio, da dor, da qual depois se esqueceriam ou com que pouco se importariam.

Nesse sentido, a dor perde o foco em si mesma, importando mais o resultado final, ainda que seja entendida como algo importante ou como caminho a ser percorrido para, nos dizeres das informantes, “se alcançar o Everest” (notas de campo, abr. 2008). De outro prisma, nessas situações, a dor seria naturalizada, vista como algo sabido e esperado, porém não um marcador de uma vivência ruim e, por isso, a ser evitada. Entre esse grupo, que representaria 30% das analisadas, mesmo existindo, a dor deixa de ser algo importante em si mesma, em que pese poder ser lida, de mesmo modo, no registro do sacrifício que a mulher tem de fazer para ter o parto mais natural. Essa dor funciona, por consequência, como um requisito para viver o que se quer, para sentir-se afetada, ao invés de anestesiada e, na acepção dessas mulheres, ausente do que se passa em seu próprio corpo.

Na terceira franja de significação, que coadunaria aproximadamente 35% de meu universo de pesquisa, aparece **a dor que não é sofrimento**. Essa apreensão do vivido e sentido destoa da noção de que a mãe sofre ao dar à luz e o mais interessante é que, curiosamente, vem significada pelo negativo, a saber, é algo que não é, “que não é sofrimento”, ainda que não se saiba claramente em que consiste. Nessa direção, resulta como uma sensação descrita pelo negativo, pela falta ou pela ausência de palavras que possam nomear o vivenciado, operando, portanto, como intermediária da “dor que dói” e “da dor que se esquece”. Em seu caso, diferentemente “da dor que se esquece”, recorda-se da sensação, porém não vem classificada como padecimento ou insuportabilidade.

Essa ausência de palavras para dar conta do sentido, poderia ser interpretada como o vazio que, por assim apresentar-se, já destoa de narrativas normativas e hegemônicas da dor do parto. Por isso, talvez, possa ser compreendida como um vazio criativo, que carregaria a positividade por meio da própria negatividade – é o que não é sofrimento, não sendo, por consequência, o que é difundido como negativo pela sociedade e pelo registro médico de saber e de poder. Nesse sentido, pronunciada diferentemente ou em outro sentido, ainda que não se saiba qual exatamente, termina fugidia e proferida por lábios femininos, podendo, no limite, indicar que ser mãe e que parir nem sempre é “padecer no paraíso” e, assim, abrir brechas para outras conotações.

Por fim, o último grupo, mais restrito, uma minoria, talvez em razão dos próprios tabus em que se encontra inserido, é o grupo da **ausência de dor e do prazer**, daquelas mulheres que dizem ter sentido prazer e satisfação durante o trabalho de parto. Decidi empregar satisfação e prazer, pois essas categorias despontaram na pesquisa de campo. Esse conjunto, de aproximadamente 20% das mulheres entrevistadas e observadas, narra não ter sentido dor. Entre elas, a dor não foi constatada, tendo operado, contrariamente, a narrativa da satisfação física e do bem-estar tanto no imediato pós-parto quanto no decorrer das contrações uterinas, nesses casos simbolizadas “como ondas que vêm e vão”, frentes de calor e de arrepios à flor da pele. No pós-parto, vieram aliadas, ainda, ao sentimento de poder, de força e de potência, em virtude de terem vivido o almejado e de terem conseguido parir, ainda que muitos tenham entendido suas práticas e desejos como um grande desatino. Essa satisfação parece ser de tal ordem que, para muitas, parir “mais naturalmente” representou um divisor de águas, à medida que passaram a se sentir preparadas como nunca para qualquer outro fato de suas vidas. Por isso, nessas situações a expressão “poderosa” passa a ser usualmente repetida nas entrevistas e nos grupos, no sentido de que “hoje eu acho que posso tudo”, “eu tenho muito mais confiança em mim e naquilo que posso fazer e viver e isso é realmente incrível” (notas de campo, nov. 2009).

Há, mais recentemente, toda uma discussão nos grupos de preparo para o parto humanizado, nos congressos, nos *blogs*, nos *sites*, nas revistas e nas listas discussão *online* sobre o denominado “parto orgástico” ou “parto orgásmico”. Depois de um documentário

feito nos EUA, por Debra-Pascali, *Orgasmic birth* (2009), no qual um grupo de mulheres relata ter sentido prazer sexual e até orgasmo durante o parto, o assunto começou a despontar entre as brasileiras. Nos grupos em que realizei esta pesquisa, acredita-se que poucas são as mulheres que conseguem sentir orgasmo parindo, porém partilha-se da possibilidade do acontecimento, desde que a mulher esteja libertada dos tabus sociais. De outro lado, exteriorizou-se a vontade de experimentá-lo, ou seja, de poder ter um orgasmo durante o próprio parto, sendo, dessa forma, algo aprovado pelas adeptas do parto humanizado entre as quais estive durante a pesquisa.

Eu acho super possível ter orgasmo no parto, pois é sexualidade pura.

(notas de campo, mar. 2010)

Nunca tinha pensado nisso, mas acho sim que pode acontecer.

(notas de campo, mar. 2010)

Eu gostaria de poder chegar a isso, mas acredito que é para poucas.

(notas, mar. 2010)

Eu não sei se orgasmo, mas que a mulher pode sentir prazer parindo, isso pode. Precisamos não pensar somente em orgasmo, porque senão vira uma coisa que tem que conseguir. Mas podemos pensar em satisfação, até mesmo de ter conseguido o parto que se quer.

(médica do grupo independente, notas de campo, mar. 2010)

Fala-se, com certa recorrência, em sensações prazerosas no momento da “roda de fogo”, quando a criança dá início à passagem pelo canal de parto, roçando na região perineal (notas de campo, mar.2010). Outras, então, mencionam prazer enquanto se dão as contrações uterinas, entendendo-as como ondas de calor. E um grupo, esse sim bastante grande, partilha da idéia de que trocar carícias, beijos, ter os seios acariciados, abraçar o companheiro durante o desenvolvimento do parto e até manter relações sexuais nessa

ocasião, auxilia notadamente todo o trabalho corporal, pondo fim ou suavizando a dor sentida e gerando sensações prazerosas. Entre sensações satisfatórias e de bem-estar, prazer, excitação e orgasmo, por certo que existe uma gradação, entretanto, em momentos diferenciados, esses termos têm aparecido nas narrativas de parto de algumas das mulheres para ilustrar o experimentado corporal e psiquicamente durante as trajetórias de parto. Contudo, vale aqui ressaltar que relatos nesse sentido se fizeram bem mais presentes no grupo independente do que no institucional, talvez pelo ambiente e pela dinâmica de acolhimento nos encontros do grupo.

É importante dizer que, nesse ponto, o prazer é corporal, tem o corpo como ponte, é feminino e quase autoerótico, pois se dá no corpo da mulher que está parindo por meio da relação com a criatura. Por isso, gostaria de frisar que não parece vir ligado, única e exclusivamente, ao fato de um filho estar nascendo ou do parto ter ocorrido como o pensado e buscado; parece existir à flor da pele, talvez explicando o que elas denominam e acreditam ser intensidade e afetação. Esse tipo de experiência, no entanto, na acepção de minhas informantes de pesquisa, “é para poucas” e requer uma significativa liberdade da mulher com o próprio corpo e sexualidade, posto que conforme suas palavras: “a mulher tem que ser muito bem resolvida” (notas de campo, abr. 2010).

Esse documentário americano parece ter ensejado ou estimulado esse tipo de fala feminina, como se o contato com outras mulheres que dizem ter sentido prazer e não dor tivesse conferido legitimidade para que outras passassem a relatar suas sensações nas chaves da sexualidade, do prazer e do autoconhecimento corporal. É certo que, mesmo para um grupo significativo das adeptas do parto humanizado, tudo isso ainda gera espanto e incômodo, pois a mãe, tanto pela doutrina cristã quanto pelo pensamento moderno, seria outra, a saber, a mulher passiva, controlada e meiga, a que não grita, não geme, não ri, não expõe seu corpo nu abertamente aos outros filhos e aos demais presentes no momento do nascimento. No hospital, para que se possa ter uma idéia dessa questão, as parturientes são chamadas de “mãezinhas”, apelido sugestivo das representações de feminino naquele momento. Contudo, de outro lado, interessante é que, quanto a essa alcunha dos hospitais, grande parte das mulheres analisadas manifestou insatisfação, indignação e incômodo, discordando

do emprego do diminutivo, porque vêem nele a sua infantilização e a sua fragilização, quando não um processo de tornarem-nas assexuadas. “Essa coisa de mãezinha pra lá e mãezinha para cá, que coisa irritante!” (notas de campo, 2008-2010).

Essa última interpretação de dor – **a não-dor, mas prazer** – poderia ser interpretada, por consequência, como uma mudança importante no imaginário social de corpo feminino, pois, no limite, tende a desconstruir acepções de incompletude, de patologia, de perigo, de histeria, de castidade e de padecimento, todas alojadas no corpo e na sexualidade das mulheres ainda contemporaneamente.

### **Partolândia, transe e êxtase: traduzindo o parto**

O “viver a dor”, qualquer que seja o tipo, tem criado margens para a experimentação do que essas mulheres denominam de “partolândia”. Confesso que demorei meses para entender a que se referiam quando usavam esta expressão nas listas, nos grupos e nas entrevistas, e ainda me recordo bem da estranheza que me causou quando a ouvi pela primeira vez. Contudo, de fato, importante parece ser que a partolândia, enquanto simbolização do vivido sensorial e psiquicamente no parto, vem atrelada à dor, concatena a noção de experiência, de corpo e de pessoa que essas mulheres têm-nos apresentado, mas, principalmente, sugere uma interface entre parto, transe e êxtase e, em razão de assim despontar, indica outras possibilidades de compreensão da parturição na atualidade.

A partolândia vem descrita como um estado alterado de consciência, um estágio liminar ou crepuscular, em que a mulher escapa da norma e da estrutura social. Segundo relatos de algumas dessas mulheres, funciona como um período em que o tempo e tampouco o espaço existem, nos quais a mulher parece ir para um não lugar, onde abandona estados vigilantes e as faculdades racionais não tem espaço. Por isso, por vezes, apareceu como um vazio ou como um estado meditativo, enquanto, em outras situações, como um momento de euforia e de agressividade, em que se geme, se chora e em que existe brecha para o grito, para frases

desconexas, para as ofensas, para o desejo sexual e para a transpiração, apresentando-se como uma zona onde se é “meio bicho, meio mulher” (notas de campo, mar. 2008).

Esse termo parece dizer respeito ao mundo em que se vive somente no momento do parto e, nessa esteira, parece significar também a intensidade e o descontrole anunciados recorrentemente em campo. De acordo com aquelas que teriam experimentado a partolândia, é difícil explicar por meio de palavras o que se sente, a não ser que se trata de uma experiência “muito forte” (notas de campo, 2008-2010). Seja como for, a partolândia quase não apareceu em uma leitura negativa. Em geral, despontou como um estado satisfatório, bem vivido e bem recebido, ainda que tivessem dificuldades de descrevê-la em pormenores. Nela, ao que tudo indica, pode-se romper com padrões sociais, com tabus e com interdições, o corpo nu é exposto sem pudores, palavras e sons podem vir a ser proferidos sem filtro social, grita-se e geme-se e odores e fluídos corporais têm espaço, assim como qualquer posição corporal, por mais estranha, a princípio, que possa parecer.

Quando chegamos na casa dela, ela já estava na partolândia total. Estava na sala, de quatro, completamente nua, com o filho menor ao seu lado. Eu tentava falar com ela, mas ela nem respondia.  
(médica do grupo independente, notas de campo, abr. 2010)

Eu não me lembro do relógio, não existia tempo para mim naquele momento. Eu só tenho lampejos de que a sala tinha um monte de mulheres, me lembro de ter chupado sorvete e de ter achado aquilo lindo. Eu estava nua e a enfermeira queria me pôr uma camisola. Eu não estava nem aí, saí andando pelada pelo hospital.  
(Iara, mar. 2010)

Eu não me lembro do que estava acontecendo. Estava em mim mesma, só escutava uma espécie de mantra. “Você vai conseguir, você vai conseguir”. (Monica, dez. 2009)

Eu fiquei tão eufórica, queria falar para todo mundo, queria telefonar para todo mundo. Os outros foram dormir, mas eu não conseguia. (Luisa, mar. 2008)

Eu estava ligadona, pulava, brincava, mas quando a coisa pegou mesmo, quando entrei na partolândia não queria mais brincar, fiquei na minha, quieta.

(Liza, out. 2009)

Eu fui tomar banho e no chuveiro tive uns lampejos de muitas mulheres parindo. Eu não sei explicar muito bem o que era.

(Goreti, dez. 2009)

Já estava bem quietinha, queria ficar assim. Estava distante, em outro lugar, mas a parteira ficava me chamando. “Vamos! Vamos!” Ela queria me tirar daquele mundo isolado. Eu não gostei muito.

(Beatriz, set. 2009)

Hoje tenho até vergonha de lembrar o que disse para meu marido, me disseram que eu disse coisas que certamente não diria no meu estado normal (Filomena, mar. 2010)

A partolândia pode acontecer durante as contrações uterinas ou durante a passagem da criança pela musculatura perineal. Pode ser breve ou mais estendida e pode sequer acontecer, pois nem todas as mulheres a experimentam, como indica uma das entrevistas ao salientar: “Eu não vivi e nem fui para a partolândia. Permaneci o tempo todo no controle, racional, sabendo tudo o que se passava” (Edith). Portanto, não é uma regra e o que a gera é desconhecido, nem tem motivos, condições ou receitas, simplesmente pode-se ou não experimentá-la. Dessa forma, não funciona como um requisito para o enriquecimento das experiências ou para um parto humanizado, tampouco acontece somente com as mulheres “mais zen” ou com as “abraça shiva”, podendo ocorrer também com aquelas que se dizem “mais racionais”, como aconteceu com Liza. No entanto, o mais importante parece ser que

quando acontece ou se instala esse estado alterado de consciência, não se pode controlar o rumo dos eventos, impedi-lo, entendê-lo. Não obstante, em todo esse processo, o que mais parece importar para este trabalho é como essas mulheres têm interpretado à partolândia, posto que, muito embora seja o desconhecido, o estranho e o diferente, quando posta em palavras, vem no registro da sexualidade e da espiritualidade, isolada ou conjuntamente, à medida que passagens de êxtase e de transe são explicitadas nas cenas de parto “mais naturais”.

É sabido, como pontuei no Capítulo I, que a reprodução já foi interpretada tanto no registro da sexualidade quanto no da espiritualidade, dessa forma, pensá-la à luz desses prismas não parece ser algo novo. De um lado, a medicina, a psicanálise, a sexologia e a própria política, desde o século 18, salientam que o parto é uma das etapas da vida sexual das mulheres, talvez a mais importante ou seu ápice, como se as mulheres existissem, única e exclusivamente, para parir e que, para tanto, teriam de suportar os males de sua própria fisiologia, apreendida, como também já se viu, como perigosa, no registro do “pessimismo sexual e reprodutivo” do qual nos fala Diniz (1996). Por outro lado, o parto é definido como experiência religiosa ou espiritual, desde o Antigo Regime e da leitura cristã, que a ele atribui a possibilidade de purgação do pecado original e do pecado do coito, bem como a possibilidade de, por sua ocasião, as mulheres equipararem-se à Virgem Maria, à “boa e santa mãe”. Dessa forma, a sexualidade e a espiritualidade já foram articuladas ao imaginário social de parto em outros períodos históricos, tanto para uma funcionalidade estatal quanto para o controle das condutas femininas, mediante a redenção religiosa. Entretanto, em minha leitura, ainda que já tenha sido assim pensado, o parto, enquanto experiência sexual e espiritual, pouco teria sido interpretado na direção do prazer sexual ao se dar à luz ou, então, como espaço de comunicação com uma sacralidade imanente, tendo prevalecido muito mais um imaginário de parto, que buscava a coerção de condutas e a adequação das mulheres aos sistemas sociais.

É por isso que avento a hipótese de que as adeptas do parto humanizado podem estar nos colocando diante de algo novo e diferente; em primeiro lugar, porque a sexualidade da partolândia e do parto de que falam não vem única e exclusivamente como reprodução e

ápice de suas vidas sexuais, pois, parece vir, sobretudo, como satisfação, prazer, excitação e gozo para a própria mulher que dá a luz, à medida que decorre de suas sensações corpóreas e de suas emoções; em segundo, porque a espiritualidade relatada ou o transe experimentado na partolândia também não parecem vir conectados à idéia de salvação ou redenção de um corpo e de uma pecadora, mas, contrariamente, a uma potência, como possibilidade de contato direto com o divino e, assim, como possibilidade de transcendência, que tem no corpo a sua ponte e não o seu foco de purgação e de correção. Em contrapartida, esse espiritual, vale ressaltar, tampouco surge como algo relacionado a um divino deificado, personalizado e único, à medida que se inclina mais para uma idéia de transcendência que é imanente, corporal e individualizada. São relatos de parto:

Durante o expulsivo, eu senti prazer, uma satisfação gostosa na minha região perineal.

(Monica, dez. 2009)

Eu tinha acendido uma vela, tinha pedido às entidades para correr tudo bem e, depois, percebi que tinha acororado e parido ali, quase em cima dela, bem no chão do meu quarto.

(Estela)

Eu estava em transe. Quando meu filho estava passando pela minha vagina, vi um cocar vermelho, senti uma força, uma energia incrível. Por isso, ele recebeu esse nome.

(Benedita)

Eu só queria dançar, estar comigo, peguei meu toca CDs e saí caminhando sozinha. Eu nem sei explicar o que senti, mas sei que era bom. Estava em outro planeta. Por isso, escolhemos esse nome judaico que significa movimento.

(Aurora)

Eu me senti tão poderosa, tive vontade de agarrar meu marido, de beijá-lo e de acariciá-lo.

(notas de campo, fev. 2009)

Ela sentia que precisava satisfazer seu desejo sexual, por isso chamou o marido, fez sexo oral nele e depois pariu rapidamente (Naoli Vinaver, grupo independente, dez. 2009)

Eu estava em transe. O parto é uma experiência sagrada!

(Iara, abr. 2010)

Para mim, a partolândia é um vazio, um estado meditativo. Eu não pensava nada. Estava em outro lugar e só escuta um mantra, “você vai conseguir, você vai conseguir”

(Monica, dez. 2008)

Nessa esteira, esse divino ou espiritual inscrito na partolândia parece compor e estar na natureza e à disposição dos seres humanos, sendo mais um estado de espírito e de plenitude do que algo a ser procurado e trabalhado em outro plano de existência. Essas, ao menos, teriam sido algumas das ilações que pude extrair do narrado nos encontros e nas entrevistas que me levam a uma representação de sagrado que é imanente, corporal e apartado de orientações religiosas específicas. Por causa disso, ainda que essas mulheres partissem de determinadas matrizes religiosas, prefiro pensar que a espiritualidade da partolândia é algo específico da parturição e do que pode gerar o corpo que pare, pois, ao ser mencionada em campo, pouco derivava de determinadas vertentes religiosas e de determinadas entidades, ficando, sobremaneira, com o contato com um divino que só o parto pode gerar e que pouco se conseguiria explicar em razão de ter-se dado mediante “um transe”.

No entanto, se ora avento a possibilidade de que essas interpretações de parto me parecem novas e diferentes dos registros até então operantes, vale pontuar que tomo de saída as sociedades ocidentais feudais e capitalistas, à medida que, em outras culturas e em outros períodos históricos, os partos podem ter sido alinhados à sexualidade e à espiritualidade por

meio de outros arranjos que não os controlistas, como pondera, por exemplo, a feminista espanhola Casilda Rodríguez (2008), a ser trabalhada mais adiante, que recorre aos períodos pré-históricos e apresenta outras impressões de parto que não a da dor, de uma tarefa para com o Estado ou de algo da ordem do pecado. De minha parte, o que mais importa é refletir sobre o fato de que mulheres da contemporaneidade brasileira têm declarado sentir prazer sexual durante o trabalho de parto, alojando nessa experiência uma dimensão erótica e que, de outro lado, têm também sinalizado a possibilidade do corpo feminino poder estabelecer uma relação com o transcendente que não é mais punitiva, mas considerada como uma abertura para o espiritual que, em tese, se apresenta como libertária e singularmente feminina, como uma faculdade desses corpos e que desencadeia bem-estar e satisfação.

O sociólogo da religião Lísias Negrão (2008), recuperando a obra de Ernst Troeltsch, importante pensador da religião moderna e interlocutor de Max Weber, traz à tona questões e reflexões que, em meu juízo, podem ajudar a compreender a espiritualidade situada na partolândia, em nossos dias. Partindo da proposta de problematizar o declínio da religião eclesial na sociedade brasileira, trabalha com a presença de uma religiosidade itinerante e pessoalizada que, de certa maneira, me ajuda a interpretar os significados e as consequências dessa espiritualidade inscrita no parto e distante de doutrinas religiosas mais tradicionais e específicas.

Segundo Negrão, Troeltsch, ao perceber que o mundo moderno não comportava mais absolutismos religiosos, teria constatado a efervescência de uma racionalidade religiosa mais imanente, mais concentrada no poder mundano e secular, e, nesse sentido, o surgimento de uma “religião mística” e anti-institucional, que extravasa as fronteiras das Igrejas, era menos ascética e que agregava tendências sincréticas e pluralistas de espiritualidade. Em sua opinião, esse fenômeno era, de fato, mais compatível com a modernidade devido a essa religiosidade nascente ser mais heterogênea, mais interiorizada e de uma revelação divina mais pessoalizada, apta a conjugar, por exemplo, elementos das tradições espíritas, não só das orientais e das esotéricas, como também das correntes panteístas e mais estético-religiosas.

Em sua leitura, essas mudanças teriam acontecido entre os séculos 19 e 20; no entanto, como seu objetivo é, primordialmente, pensar essa transformação e presença dessas outras religiosidades no Brasil de hoje, pergunta-se por sua configuração recorrendo a Colin Campbell, sociólogo norte-americano que também partiu de Troeltsch para pensar sobre a religiosidade dos anos de 1960, com o intuito de aproximar sua análise da atualidade. Para Campbell, a teodiceia cristã mais tradicional e marcadamente medieval seguiria em declínio e essa situação teria aberto espaços para um processo de “orientalização do ocidente” (CAMPBELL, 1997:5). Essa “orientalização do ocidente” significaria a gradativa e persistente substituição de um Deus transcendente e pessoal para outro, mais imanente e impessoal, que engendraria atitudes religiosas místicas não mais salvacionistas, mas mais orientadas ao auto-aperfeiçoamento (NEGRÃO, 2008:117). Em seu entender, portanto, desde a modernidade, mas ora com muito mais afinco, assistiríamos ao despontar de perspectivas religiosas que postulam a unidade entre o homem e a natureza, entre o espiritual e o físico, entre a mente e a corpo, sugerindo um processo interno de transformação do próprio campo religioso ocidental na pós-modernidade, no qual, segundos suas palavras,

... cabem expressões religiosas concretas as mais diversas: além das influências orientais hinduístas e budistas, desde o neopaganismo (as culturas pagãs europeias helênica, druídica, nórdica, céltica) até povos primitivos americanos (tribos indígenas nativas, as culturas asteca e maia), numa referência, nestes dois últimos casos, antes ao próprio passado e ao arcaico ocidental que ao Oriente. Mas cabem também referências modernas, com afinidades com elementos progressistas e científicos contemporâneos, e mesmo com movimentos ambientalistas e ecológicos, tal como ocorre nos circuitos de tipo Nova Era. Além, é claro de influências provindas de tradições cristãs reinterpretadas. (NEGRÃO, 2008:118)

Para Negrão, essas transformações, relatadas por Troeltsch e por Campbell em tempos e sociedades diferentes, podem ser detectadas também no Brasil atual, dada a constatação de

uma vivência religiosa múltipla e ambivalente quanto à vinculação institucional e às tradições religiosas mais normativas. Por meio de uma pesquisa de caráter mais quantitativo, o sociólogo teria percebido que muitos dos brasileiros teriam transitado ou migrado de uma vertente religiosa a outra; que o catolicismo declarado em pesquisas, como a do IBGE, seria mais formal do que efetivamente praticado; que os evangélicos teriam crescido numericamente de modo significativo e que os católicos e os protestantes, esses ainda que em menor expressão, estariam coadunando não só práticas cristãs, mas também curandeirismos africanos e indígenas, como o candomblé na Bahia e as pajelanças do Norte do país. Diante disso, em um Brasil entendido como secular, Negrão teria concluído existir uma religiosidade cada vez mais subjetiva, cada vez mais tratada no registro do qualitativo e não mais afeita a determinados padrões institucionais.

De acordo com suas palavras, “na atualidade, as duplicidades não só se mantêm como também aumentam e se diversificam” (2008:124), principalmente diante do dado de que 38% de seus entrevistados teriam mudado de religião ao menos uma vez durante seu itinerário religioso. Em face desse cenário, a tendência, em sua leitura, é a de não haver mais adesões rápidas, tampouco definitivas a um determinado universo simbólico religioso, salvo nas igrejas pentecostais, espaço onde ainda persistiriam, mas sim percursos religiosos que poderiam ser entendidos como itinerantes e subjetivos. Nesse atual panorama, como indica sua pesquisa, existiriam também os indecisos, para quem todas as religiões são boas e para quem os caminhos alternativos conduzem ao mesmo Deus, bem como os indecisos entre o kardecismo, o esoterismo e as religiões orientais, sendo esse conjunto, portanto, um exemplo daqueles brasileiros que partilham da idéia de que a minha “religião eu mesmo faço”, indicando-nos que

Diante do múltiplo e do obscuro, procuram muitas vezes o refúgio do que parece ser comum e evidente: no plano das crenças, Deus, no limite seres espirituais; no plano ético, a prática do bem, no limite a condenação da prática do mal; no plano funcional, o bem-estar, no limite a cura e a resolução de problemas existenciais. (NEGRÃO, 2008: 126).

Essa, no entanto, segundo suas conclusões, seria a realidade dos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, pois nesses espaços haveria um grupo que acredita em reencarnação e lê livros espíritas, mesmo sem frequentar os centros; outros vão para terreiros, quando têm problemas, em busca de soluções rápidas e ainda alguns outros que partilham do catolicismo misturado ao esoterismo e ao orientalismo. Nessa direção, posturas como essas, segundo o sociólogo, estariam contribuindo cada vez mais para o apagamento da fidelidade à ortodoxia e do compromisso institucional (Negrão, 2008:127). Pensando por esse viés, nota-se o desapego das crenças e das práticas advindas de fora e de um crescimento da noção de que a religiosidade coincide com as práticas mais adequadas a cada um e ao seu estilo de vida. Haveria, portanto, uma crescente recusa da religiosidade pronta, dogmática e exclusivista e, nesse bojo, as sensações e as emoções também despontariam como aspectos a serem valorizados e definidos enquanto aspectos do divino, que é imanente e que busca a harmonização com a natureza mediante o equilíbrio psíquico e emocional. Dessa forma, considerando suas reflexões, encontrar-se-ia, em uma sociedade e em um tempo nos quais transbordam trajetórias religiosas personalizadas, mais afeitas a cada sujeito, uma religiosidade mais individual, secular, imanente e pluralizada.

No que tange a essa outra religiosidade, valiosos me parecem ser também os escritos de Georg Simmel sobre a religião, pois em *Religião. Ensaio 1/2* (2010), prefaciado por Frédéric Vandenberghe, o autor também já anunciava a idéia de que, com o advento da modernidade, a religião teria deixado de se apoiar tanto em Deus e teria passado a se lastrear mais pelo indivíduo que a experimenta individualmente, deslocando-se de uma noção de religião para a noção de religiosidade e de espiritualidade. Para Simmel, que também lamenta o desencantamento do mundo moderno, a religião teria, então, tornado-se mais um estado mental, uma atitude espiritual, que busca Deus para unificar um mundo perdido, como se buscasse conectar as aparências e tentasse recuperar o significado da idéia de totalidade. Por causa disso, teria surgido a perspectiva de que uma unidade mais profunda poderia concatenar e integrar toda a existência em uma espécie de unidade mística e panteísta.

Como se sabe, na leitura de Simmel, a sociedade é uma rede complexa e variável de associações transitórias entre indivíduos que interagem entre si, e à sociologia competiria analisar essas formas de associação que estruturam a vida social, descrevendo como essas interações se estruturam e como assumem determinadas formas. Dessa maneira, parte do pressuposto de que os agentes sociais são motivados por suas necessidades e que essas, por sua vez, são modeladas e canalizadas por uma forma social que estruturaria as suas integrações, tornando o indivíduo delas consciente (Vandenberghe, 2010: xv-xvi). Nessa direção, portanto, a origem da religião dar-se-ia na vida social e seria mais uma forma simbólica de suas interações. No entanto, diferentemente das demais formas de associação, o seu resultado seria a construção de um conjunto harmonioso e pacífico, da unidade entre a parte e o todo, relacionando as demais formas com o transcendente, lido a partir do secular e da individualidade e do que esse autor depois entendeu como “cultura subjetiva”, conceito já trabalhado nesta tese. Desse modo, Simmel, partindo dessas premissas, escreveu sobre a “religião como forma pessoal”, tendo em vista que a secularização teria tornado a religião mais da ordem da crença do que da certeza dos homens. Para o filósofo, a partir de então, os homens teriam passado a sofrer de um vazio existencial, e essa situação teria despertado na humanidade o saudosismo de uma comunhão perdida e que, por isso, teria passado a ser perseguida individualmente, partindo-se da premissa de que essa recuperação estaria à disposição de todos os homens e mulheres e não mais propiciadas mediante instituições religiosas ou por tipos de religiosos específicos.

Diferentemente de Weber, que reserva essa disposição espiritual apenas para virtuosos religiosos, Simmel democratiza a faculdade de divinação e considera que, em princípio, todos podem alcançar esse tipo de conhecimento espiritual sintético a priori e ter acesso a uma força transcendente que é imanente no mundo. (VANDENBERHE, 2010: xxiii)

Dessa forma, a comunhão com o divino teria passado a ser pessoal, em tese, situada “no mais íntimo do coração”. Em razão disso, “na época do desencanto, a religião torna-se puramente subjetiva – algo que acontece no santuário íntimo da pessoa e que não estrutura

mais a sociedade como um todo”, fazendo com que o homem místico possa ser religioso, sem necessariamente acreditar na existência de um Deus ou aderir a uma religião específica, importando mais a sua integração a uma idéia de totalidade e uma espécie de religiosidade também ética e estética, tecida e mantida por cada um em seu cotidiano, pois, segundo o autor do prefácio dos ensaios sobre a religião de Simmel,

o indivíduo deve, em sua interioridade, retirar-se da sociedade e conectar-se com as camadas mais profundas de sua alma. Só aí, através de conversações internas, o sujeito realiza seu pleno potencial como indivíduo incomparável, com uma insondável profundidade que vai além do mais extremo ponto do claramente exprimível. (VANDENBERGHE, 2010: xxx)

Diante disso, quando Simmel escreve sobre religião, estar-se-ia também perante uma religiosidade que é experimentação e constituição do ego, ou seja, de processos de subjetivação. Seria possível, então, a partir da recuperação de sua proposta e do definido por Negrão acerca da religiosidade brasileira, aventar a hipótese de que poder-se-ia viver esse período de uma religião pessoal, imanente e tecida mediante o encontro de diversas orientações espirituais. Posta essa hipótese, o sagrado experimentado na partolândia poderia ser lido, em primeiro lugar, como uma religiosidade individualizada; em segundo lugar, como originária e particularmente situada na parturição e no corpo da mulher que diz buscar intensidade e afetação e, por último, que, na conjuntura aventada por esses autores, tratar-se-ia de mais uma manifestação do declínio das religiões institucionais e exteriores ao indivíduo, sendo mais uma expressão da religiosidade, que conforma a pessoa e auxilia na sua construção social e subjetiva. Em outro sentido, poderia ser percebida como a expressão de uma religiosidade feminina e corporificada, como subjetivamente tecida e considerada e também como inscrita nas cenas de parto, enquanto positividade e não mais como castigo ou punição, como acontecia no período de supremacia da doutrina cristã. Sendo assim, o sagrado, situado nos momentos de descontrole ou de transe experimentados durante o parto, poderia ser pensado como sinal dessa outra religiosidade e da busca de

outras relações com a transcendência na contemporaneidade, a saber, algo já detectado por esses autores e, por mim, aqui pensado à luz das experiências de partos “mais naturais”.

Feitas essas ressalvas acerca do transe e da espiritualidade vividos na partolândia, parto para a análise de seu aspecto sexual, ou seja, das narrativas de um êxtase experimentado a partir das sensações corpóreas do trabalho de parto. Contudo, se ora separo a discussão teórica dessa sexualidade e dessa espiritualidade do parto, saliento que assim serão abordadas somente por uma questão metodológica, já que, durante a pesquisa de campo, nem sempre o êxtase e o transe apareceram separados, podendo acontecer a um só tempo e sem muita distinção do que seria o sagrado e do que seria o sexual, desalojando, com isso, a dicotomia sagrado versus profano e sexual versus castidade.

Como se vê, para um conjunto das adeptas do parir diferentemente, a partolândia pode ser também um estado alterado de consciência prazeroso, no sentido de erótico e, até mesmo, orgástico. Essa faceta traz à tona sua dimensão sexual, a de um corpo que sente satisfação física durante as contrações ou passagem do bebê pelo canal de parto e que, por isso, se aloja em um corpo específico, no corpo grávido que comporta a possibilidade dessa abertura para um descontrole, que, na compreensão destas mulheres, é positivo, potência e bem-estar e, assim, antônimo de histeria e de dor ventilados pelos discursos de saber e de poder da medicina e da psicanálise. Essa seria, portanto, uma faculdade feminina e de seu estado parturiente, quando não um conjunto de sensações corpóreas próprios dessa fase da vida das mulheres, uma faculdade, vale pontuar, marcadamente defendida por Rich, para quem:

Durante el período de gravidez toda la zona pélvica aumenta su vascularidad (la producción de venas y arterias) y, en consecuencia, aumenta la capacidad de tensión sexual y, sobre todo, eleva la frecuencia y la intensidad del orgasmo. A lo largo del embarazo, todo el sistema se inunda de hormonas que no solamente provocan el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos, sino que además se intensifica la respuesta del clítoris y se fortalecen los músculos activos durante el orgasmo. (...) Muchas mujeres

experimentan el orgasmo por primera vez después del parto o se excitan sexualmente mientras amamantan a su bebé. (RICH, 1996:270)

Para compreender aquilo que as mulheres desta pesquisa me reportavam, ou seja, que sentiam prazer durante o trabalho de parto, procurei por interpretações teóricas que pudessem me auxiliar e, nessa direção, encontrei os valiosos escritos de Casilda Rodrigáñez, uma autora feminista muito lida pelas parteiras da Catalunya e também pelas mulheres que têm procurado um parto mais natural na Espanha, país em que as taxas de cesáreas também são altas, mas em que também há um forte movimento de resistência a essa realidade, à medida que hoje já possui até mesmo um guia de orientações para partos domiciliares, recentemente editado com o apoio da Cooperativa pelo parto natural *Titania-Tasco*, sediada na cidade de Barcelona. Essa orientação opera como um documento que busca conferir legitimidade à prática de partos em casa, às atividades das parteiras e ao desejo de outros modelos de nascimento diferentes da cesárea, além de apontar para essa questão também a partir da noção de direitos sociais e individuais das mulheres espanholas de decidirem pelo próprio parto.

Casilda Rodrigáñez escreve há muitos anos sobre a sexualidade feminina<sup>29</sup>, procurando desmistificar leituras psicanalíticas calcadas na incompletude do sexo feminino e no complexo de castração<sup>30</sup>, razão por que é bastante reconhecida pelas feministas e por que

---

<sup>29</sup>Entre os seus principais escritos publicados, citaria *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación* (2008); *El asalto a Hades* (4.º edição, 2010); *La represión del deseo materno y la genesis del estado de sumisión inconsciente* (3.º edição, 2007).

<sup>30</sup>Já bem se sabe que Freud, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (IMAGO, 2002), desenvolve a idéia de que o desenvolvimento psíquico seria diferente para os homens e para as mulheres. De início, a mãe seria o grande objeto de desejo de ambos, porém, perante a constatação de que as meninas não têm o pênis, na percepção infantil, os meninos passariam a temer a castração e as meninas nutririam distanciamento da mãe castrada pelo fato de responsabilizá-la por sua condição de “incompletas”. Em face dessa apreensão dos fatos, os meninos migrariam para a ordem simbólica paterna, resolvendo mais facilmente o dilema da castração, à medida que se acercariam de seus semelhantes masculinos. Em contrapartida, as meninas passariam a buscar no universo paterno e masculino, renegando a mãe, o preenchimento de tal falta primária, como se o pai pudesse lhes oferecer o falo perdido. Dessa maneira, o complexo da castração seria resolvido de modos diferentes por meninos e meninas e as mulheres tenderiam a procurar na reprodução a oferta masculina do falo perdido, como se o nascimento de um bebê pudesse indicar a reconquista do pênis do qual não dispõem mais. Contudo, nessa direção, e eis o que mais nos importa nesta tese, a base da epistemologia sexual

figura como inspiração teórica para a mobilização espanhola por outros modos de parir. Contudo, nesta oportunidade, vou me deter a uma de suas obras, em especial *Pariremos con placer* (2008), segundo a qual defende uma sexualidade uterina e a possibilidade de se sentir satisfação ao dar à luz.

Se no Brasil, ao realizar a pesquisa de campo, havia tomado contato com a idéia de que se pode sentir prazer parindo e de que a partolândia é um estado alterado de consciência que pode coincidir com sensações de satisfação física experimentadas durante o parto, quando estive na Espanha, para um período de estágio doutoral, as parteiras com as quais convivi se incumbiram de me apresentar Casilda Rodrigáñez por meio de *Pariremos com Placer* (2008). Desse modo, se aqui escutava algo que parecia, no mínimo, diferente perante nosso imaginário social de parto, surpreendi-me ao encontrar na Espanha uma análise teórica já publicada justamente sobre aquilo que minhas colaboradoras de pesquisa começavam a apontar.

Vale dizer, de saída, que Rodrigáñez tem uma bastante leitura feminista da questão do parto e que, por isso, em certos momentos, chega a assumir uma postura um pouco extremada; contudo, a despeito disso, coloca questões e realiza ponderações muito interessantes para pensarmos o parto que pode ser erótico e que pode contar com passagens de êxtase. Partindo dos estudos do médico Serrano Vicens (1977), que analisou a sexualidade feminina mediante entrevistas com mais de mil mulheres espanholas, a autora assevera que a capacidade sexual e orgástica da mulher seria muito maior do que realmente se admite no registro da ordem patriarcal e falocêntrica e, que, a título de exemplo, as práticas femininas de autoerotismo e homossexuais pouco teriam sido exploradas pela psicanálise, medicina e sexologia. Dessa forma, procurando ampliar a compreensão da sexualidade feminina, nessa obra, recupera a importância de atentarmos para a sexualidade uterina além da procriação,

---

freudiana para as mulheres é a falta, a ausência e a incompletude de seus corpos, ou seja, de um homem falido porque não tem mais o falo. Se assim ponderou Freud, Rodrigáñez procura, em seu percurso, questionar esse processo de constituição psíquica, reorientando as premissas sobre a sexualidade feminina, de modo que se possa pensar sobre ela não necessariamente como negatividade e ausência.

mas enquanto conjunto de pontos erógenos e de capacidade de múltipla satisfação. Em sua leitura, pouco se discorre, por exemplo, sobre o útero também enquanto zona erógena; fala-se muito sobre a vagina e sobre o clitóris como pontos de excitação, mas pouco sobre a capacidade uterina de estimulação. Em seu entender, isso tem uma raiz histórica, a potência sexual uterina, antes bem representada nas esculturas e nas pinturas neolíticas, nas da Velha Europa e também nas das culturas pré-colombinas (entre 2000 a.C e 500 a.C.) teria sido sufocada ou abortada pelo que denominou de “triplo mandato da civilização patriarcal”, a saber, o que prescreve que o homem nominará a mulher; que a mulher será inimiga da serpente e da rã, símbolos que representavam a força uterina, e, por último, que as mulheres dariam à luz com dor e sofrimento por seus pecados e natureza patológica (Rodrigáñez, 2008: 28).

Esse mandato teria gerado o que a autora reconhece como “úteros espásticos”, a saber, endurecidos e coagidos, ainda mais, mediante um processo de educação para que as mulheres permaneçam com as pernas fechadas e para que tenham vergonha da pélvis, bastante diferente do que acontecia nos registros anteriores e bem mais antigos, nos quais o útero era simbolizado como pulsante, atividade e potência<sup>31</sup>. Diante disso, nessa linha de

---

<sup>31</sup>Sobre essa questão vale lembrar o mito grego da deusa Baubo, a deusa do ventre ou deusa da obscenidade, pouco citado e, por isso, pouco conhecido. Segundo Estés, em *Mujeres que corren com los lobos* (2010), Baubo é uma deusa da antiga Grécia e sua história nos remonta a história de Démeter e de Perséfone. Conta o mito que Perséfone teria sido raptada por Hades, o deus do submundo, e que sua mãe, Deméter, embora escutasse o seu choro, não conseguia encontrá-la em razão de Hades tê-la aprisionado abaixo da terra. Desesperada e sem saber o que fazer para salvar a filha, Démeter entra em uma tristeza profunda, deixa de tomar banho e de se alimentar. Um dia, quando Démeter estava próxima de um poço, apareceu uma mulher que dançava, agitando as cadeiras como se estivesse em pleno ato sexual, enquanto seus seios balançavam conforme a dança que protagonizava. Ao vê-la, Deméter, que há muito tempo não sorria mais, não resistiu e esboçou um largo sorriso em sua face. Essa bailarina, não tinha cabeça, seus peitos eram seus olhos e sua vulva era sua boca. Ela era a deusa Baubo, que, ao contar uma história para Démeter, fez com que as duas gargalhassem e passassem a dançar juntas e rindo como loucas. Esse riso conjunto, da deusa do ventre e da deusa da terra, retirou Démeter de sua depressão, reanimando-a a continuar a busca por sua filha Perséfone, que, depois, com a ajuda da deusa Hécate e com a do deus do Sol, finalmente conseguiu ser encontrada e retornar a companhia de sua mãe, ocasião em que a terra e os ventres das mulheres voltaram a crescer (Estés, 2010:471-472). Para a antropóloga, Baubo é uma das deusas do ventre, sem braços e sem pernas, que representa a fertilidade e a sensibilidade femininas, é a deusa que fala pela vulva, ou seja, pelas entranhas e a partir dos sentimentos e sensações que somente as mulheres conheceriam. Por isso, a autora a considera muito importante, mas também e talvez principalmente por inscrever nas figuras femininas tanto a obscenidade quanto o riso de maneira positiva. De minha parte, tenderia a perceber aqui um exemplo do que conta

argumentação, o parto ter-se-ia tornado algo dolorido devido a essa castração da energia e da liberdade uterina, ou seja, da domesticação de úteros, antes vibráteis e ora imóveis.

De outra parte, a mesma autora traz ainda, assim como Luce Irigaray (2009) a idéia de uma capacidade feminina autoerótica, que também teria sido reprimida, pelo fato de se opor ao preconizado por uma ordem patriarcal de mundo. Segundo ela,

La capacidad autoerótica femenina se opone radicalmente a la dominación falocrática; por eso el triple mandato bíblico, y luego toda la simbología patriarcal de la madre impostora: la inmaculada concepción, la madre de dios, virgen y sexualmente aséptica, esclava del señor y que ofrece sacrificio de su hijo al padre; por eso también la caza a las brujas de la edad media y de la edad moderna, para arrasar los últimos vestigios de esta sexualidad femenina (RODRIGÁÑEZ, 2008:53).

De acordo com seus escritos, grande parte das culturas patriarcais teria contado com alguma figura heróica e masculina, que teria destruído a serpente, um dos símbolos do feminino a ser controlado e apagado. Nesse sentido, Zeus mata a Tifón, Apolo a Pitón, Hércules a Hidra, Perseu a Medusa, assim como, no mito cristão, Maria teria esmagado a serpente e São Jorge ao Dragão, bem como São Patrício a serpente da Irlanda e São Miguel a tantos outros dragões. Essas histórias, mitos e narrativas, em seu entender, indicariam que para a configuração da ordem simbólica patriarcal teria sido necessária a dominação da mulher pela força bruta, para que pudesse ser protegida dos males de seu próprio corpo, pois

... junto a la satanización de la sexualidad de la mujer, se sataniza también a la serpiente que pasa a ser el demonio del infierno judío-cristiano; y el infierno y el Hades pasaron a ser los lugares a donde

---

Rodrigáñez, da existência de outras representações da sexualidade feminina, pois nesse mito aparece como o que afasta a tristeza, como o que dança e se expõe de maneira libertária.

va todo lo que no debe ser, por contraste de los cielos donde habitan los paradigmas de lo que debe ser; y el guardián del Hades en la mitología griega, fue el can Cerbero, hermano de la amazona Medusa, la de la cabellera de serpientes, que lleva también el lomo lleno de serpientes y su cola es una serpiente. La sirena y las Nereidas que representaban la asociación de lo femenino con el agua, se convirtieron en monstruos marinos que atacaban a los héroes, como Escila que no deja a Ulises pasar por el estrecho de Mesina. Atenea, en un tiempo representada con serpientes caen simbólicamente en manos de Esculapio, dios, como no, de la Medicina, y de Hermes, dios de la fertilidad, de manera que la sexualidad femenina pasó poco a poco de ser una emanación de la mujer para la autorregulación de la vida, a ser algo administrado y gobernado por los dioses patriarcales. (Rodrigãñez, 2008:74).

Nesse bojo, para que interpretações positivas da sexualidade feminina fossem recuperadas e propaladas, no entender de Rodrigãñez, é preciso uma ruptura simbólica mais ampla, ou seja, a crítica de leituras estigmatizantes da mulher e de sua representação social atrelada somente à reprodução, que datam de longa data e seguem perpetuadas por determinadas grades de interpretação de seus corpos.

Frente a esse cenário, sua proposta de reversibilidade dessa situação, de úteros “espásticos”, de partos doloridos e de uma percepção negativa ou restritiva da sexualidade feminina, vem alicerçada em três frentes de recuperação do “útero ativo”: a difusão da importância e dos benefícios do orgasmo para as mulheres; uma mudança de atitude diante da obtenção de prazer por parte das mulheres e a inibição das funções do neocórtex (área do cérebro responsável pela observância da moral social e dos processos mais racionais, portanto, a mais preocupada com a adequação das atitudes individuais às normas socialmente consignadas) ou do racionalismo exacerbado em momentos que envolvam a sexualidade e a satisfação sexual. Para isso, no entanto, antes é preciso que as próprias mulheres saibam do prazer que podem encontrar em seus corpos, desligando-se de uma inibição automática e socialmente adquirida que, em muitas situações, as cerceia e as reprime. Por causa disso,

Rodrigáñez salienta a importância do que denomina de *feminismo de la recuperacion* (2010), do movimento das mulheres que pretendem recuperar “seus pulsos uterinos”, no sentido de construir outra maneira de ser mãe, de se relacionar com o próprio corpo e de sentir prazer.

Essa leitura da sexualidade feminina autoerótica e do útero, que é atividade, fonte de prazer e de orgasmo, vem também desvinculada da reprodução e descolada da perspectiva de que o erotismo feminino estaria inscrito ou no clitóris ou na vagina. Na realidade, trata-se de uma orientação de sexualidade feminina que é múltipla, à medida que estaria presente em todo o corpo da mulher. De minha parte, tendo a considerar que essa autora pretende desmistificar interpretações psicanalíticas, que desconsideram o útero enquanto zona erógena e que procuraram nele situar a origem de patologias genuinamente femininas, como é o caso da histeria pensada por Freud, nos *Estudios sobre la histeria* (1893-1895). Este pensador, no século 19, atribuiu a histeria aos desejos femininos recalçados, mas, já bem antes de seus escritos, o útero não era percebido com bons olhos, quando consideramos que, entre os gregos, havia a crença de que o útero poderia caminhar pelo corpo da mulher e sufocá-la e quando, no Brasil colonial ainda persistia o medo da sufocação pela *madre*, a saber, pelo útero, bem como remédios para os males do considerado furor uterino (Del Priore, 1993).

Diante disso, pode-se pensar que Rodrigáñez procura resignificar a percepção social de útero, ampliar o que se entende por sexualidade feminina e reescrever a noção de descontrole patológico situado nesses corpos. Nesse sentido, sua proposta, ainda que ousada e em certas situações tendenciosa a um matriarcado perdido e nunca comprovado, procura redirecionar determinadas percepções de feminilidade.

Vale ressaltar também que, nessa defesa do parto com prazer, Rodrigáñez inspira-se no pensamento do médico Michel Odent que, em uma comunicação oral recente no Brasil (2010), sustentou a importância da interrupção das funções do neocórtex para que as mulheres tenham um parto sem dor. Para ele, o que uma mulher precisa para parir bem e tranquilamente é ser deixada sozinha e tranquila, na penumbra, com quem deseje e se sinta

respeitada, porque esse seria o ambiente propiciador dos hormônios ocitocina e serotonina, responsáveis pela sensação de bem-estar e inibidores da adrenalina, o hormônio liberado em situações de medo e de vigilância. Segundo Odent, uma mulher com medo tem dificuldade para dar à luz e sente dor; por essa razão, para que as experiências de parto possam ser diferentes, é preciso que as atividades racionais cessem, para que as mulheres possam acessar o seu estado “mais arcaico ou animal”, em que o superego não incide e em que há espaço para essa outra sexualidade feminina da qual fala a autora espanhola.

Devido a essas conclusões, Odent pontua a importância da produção de ocitocina no momento do parto, hormônio, por ele, denominado de “hormônio do amor”, que pode ser produzido em três situações: no ato sexual, no parto e na amamentação. Sendo assim, tendo em vista as situações de sua produção, poder-se-ia pensar o parto enquanto experiência sexual, à medida que equiparado ao ato sexual, e, portanto, enquanto acontecimento que pode ensejar satisfação e prazer. Se Odent assim tem-se posicionado há anos, em campo, mais especificamente nos encontros do grupo institucional, em muitas situações tive a oportunidade de presenciar a equiparação entre o parto e a relação sexual, à proporção que os coordenadores do grupo e suas estagiárias reincidentemente mencionavam que “para parir bem, uma mulher tem de se sentir tão à vontade quanto para namorar” ou então que “é preciso ter intimidade, como se tem para o sexo, pois assim não se sentirá dor, se produzirá ocitocina” (notas de campo, recorrentes entre 2008-2010).

Para Gomez (2003:294), leituras da sexualidade feminina como as de Rodrigáñez, que a inscrevem no registro da potência, da positividade e da multiplicidade erógena, precisam ser anunciadas e repetidas a partir de seus registros inerentes, entre os principais, o prazer clitoriano, a penetração vaginal, o útero que pulsa, a concepção, a gestação, o parto e a maternidade prazerosa, para que, então, outras percepções possam suplantar as anteriores que, ainda que em suposto desuso, em tempos de maior equidade entre homens e mulheres e de maior liberdade sexual para as mulheres, quando orientadas à temática da sexualidade feminina específica do parto, ainda enfrentam pensamentos hegemônicos e normativos, prevalecendo a vertente da mãe assexuada e abnegada. Dessa forma, essa autora brasileira acredita que experiências como essas, particulares da vida feminina e do processo de

nascimento, devam ser compartilhadas e difundidas pelas próprias mulheres, para que possam gerar, gradativamente, rupturas com o regime moderno de sexualidade, basicamente pautado no “dimorfismo sexual”, na negativa fisiologia feminina e na premissa de que parir pode ser dolorido e perigoso. Em meu entender, a proposição de Gomez é bastante acertada, sobretudo, por recomendar que as próprias mulheres reescrevam a sua sexualidade mediante as suas trajetórias sexuais, à medida que novas acepções de sexualidade feminina podem ser pensadas a partir de suas experiências, como é o caso, por exemplo, das mulheres desta etnografia, que, ao pautarem outra relação com seus corpos, como o parto e com os médicos, não só têm desconstruído noções de risco, de dor e de perigo, mas também sinalizado a possibilidade de parir com prazer, de estabelecer outro tipo de contato com o sagrado e outras interpretações da idéia de descontrolo psíquico e corporal.

Com o propósito de entender o pensamento de Rodrigáñez, notei que a filósofa feminista francesa Luce Irigaray é uma das autoras que confere sustento a suas ponderações. Luce Irigaray, que da filosofia passou a se interessar pela psicanálise, foi discípula de Lacan, que, depois de sua tese de doutoramento, *Speculum de l'autre femme* (1980), foi expulsa da Escola de Psicanálise Lacaniana, por ter defendido uma organização libidinal feminina diferente da preconizada pelo cânone psicanalítico, a princípio freudiano e depois lacaniano. Para Irigaray, as mulheres contam com uma economia do desejo e de erotismo singular e própria, portanto diferente da pautada no complexo de Édipo e da premissa da castração. Desse modo, se em sua tese asseverou essa particularidade feminina, em *El sexo que no es uno* (2009), aprofunda a diferença da sexualidade feminina ao caracterizá-la como múltipla, polimorfa, plural e aberta às possibilidades de experimentação, não prescritas nas tradicionais zonas erógenas, a saber, vagina, seios e clitóris. Além disso, nessa mesma corrente, trabalha com a noção de que as mulheres seriam autoeróticas por natureza, ou seja, por sua configuração física, e que isso seria uma particularidade do corpo da mulher, portanto ausente na economia do desejo masculina. Segundo suas linhas,

El auto-erotismo de la mujer es muy diferente al del hombre. (...)  
la mujer, por su parte, se toca por sí misma y en sí misma sin la

necesidad de una mediación, y antes de toda discriminación posible entre actividad y pasividad. Ella se toca todo el tiempo porque su sexo está formado por dos labios que se besan constantemente. De esta suerte, ella es en sí misma dos – pero no divisibles – que se afectan. (Irigaray, 2009:18)

Segundo a filósofa, as mulheres teriam sexo praticamente em todas as partes de seus corpos e poderiam gozar com todo o corpo, contando, com isso, com uma geografia de prazer diversificada e aberta, que escapa da linearidade de um projeto ou de um objeto-meta, do pênis ou da vagina, por exemplo, desconectando-se, assim, do propugnado como sexualidade e como desejo pelos discursos psicanalíticos. Dessa maneira, argumenta que as zonas erógenas de uma mulher seriam muito mais do que o clitóris e a vagina e que os grandes e os pequenos lábios, ao se tocarem, sem mediação e a todo o tempo, sugeririam essa capacidade pertencente às mulheres, *per si* autoeróticas, muito mais do que orientadas à reprodução e possuidoras de muitos pontos de excitação sexual. Partindo desses pressupostos, Irigaray, assim como Rodrigáñez, acredita que as mulheres têm de buscar outros modos de significar sua sexualidade, procurando ampliar a linguagem e os seus significados, para além da ordem simbólica fálica e androcêntrica, posto que, somente dessa forma, serão capazes de dar conta dessa sexualidade que, em sua opinião, transborda registros rígidos de corpo e de psiquismo feminino.

Para os propósitos desta tese, tanto o autoerotismo feminino quanto a idéia de uma sexualidade polimorfa e uterina, são caminhos interessantes para a problematização dos relatos de parto “mais naturais”, bem como para a compreensão do que essas mulheres têm denominado de partolândia, na medida em que me possibilitam pensar sobre as passagens de êxtase relatadas e que acontecem em um corpo particular, o corpo grávido e parturiente, esse corpo único, mas apto a gerar dois (Héritier, 2008). Uma vez considerado que essas mulheres têm narrado sensações de prazer durante as contrações uterinas e passagem da criança pelo canal de parto, o útero poderia ser pensado como atividade e como zona erógena, pois são as suas contrações que geram a satisfação sexual. De outro lado, essa seria uma capacidade autoerótica, à medida que acontece e se dá a partir do corpo grávido e

mediante a atividade uterina. É certo que se poderia perguntar se essa satisfação não adviria, na realidade, do fato de uma criança nascer, em uma espécie de reatualização do “mito do amor materno” analisado e tão debatido por Badinter (1986). Contudo, ao atentar para as descrições de prazer no parto, pude perceber que essas sensações derivaram muito mais do corpo e para aquela mulher e muito menos por causa do nascimento de seus filhos. Nessa direção, narra-se a transpiração, os gemidos, as ondas de calor, as sensações de prazer na região perineal e o desejo de trocar carícias com o companheiro, aspectos que parecem indicar que o mais importante é a relação daquela mulher com o próprio corpo. Por fim, recorrer à noção de uma sexualidade polimorfa abre espaços para que sejam compreendidas as narrativas de estímulo sexual por todo o corpo durante o parto, não somente no clitóris ou na vagina, mas também no útero, no períneo, nos arrepios por toda a extensão corporal, nas ondas de calor que vêm e que cessam e, assim por diante, permitindo pensar também sobre os estados de euforia geral durante as contrações ou logo após o nascimento, situando, assim, a sexualidade e o prazer muito além da genitália.

Essas conexões parecem sugerir a existência de um aspecto da sexualidade feminina pouco ou quase nada explorado pela psicanálise e pelo discurso médico, a saber, a do erotismo parturiente e a do materno. Por essa razão, no limite, pode ser outra frente de seu entendimento, que escapa da premissa da mãe abnegada, casta e que sofre ao dar à luz, mas que, sobremaneira e pelo contrário, vem no registro da mãe que goza e abriga essa potência em seu próprio corpo.

Não obstante, seguindo por esse viés, pode-se também perguntar se não se está diante de uma grade de leitura que reforça a noção de uma faculdade puramente corporal e, por consequência, de uma interpretação essencialista dessa temática. De minha parte, tendo a considerar que pode haver esse perigo, mas que, a despeito dessa eventualidade e das críticas que essa perspectiva possa receber, analisar o apresentado pelas adeptas do parto humanizado à luz de suas contribuições para a ampliação do que se entende por sexualidade feminina, no limite, pode ampliar os olhares que dirigimos ao corpo, ao prazer e ao erotismo feminino e, por assim se apresentarem, por si só, em meu entender, merecem

atenção e consideração, dada a diferença que a caracteriza e que poderia gerar mais frentes de compreensão do que é o prazer e do que são as experiências de parturição.

Feitas essas considerações teóricas a respeito da espiritualidade e da sexualidade inscritas na partolândia e no parto, percebo que tanto uma quanto outra interpretação têm despontado para significar o que é estranho, desconhecido e misterioso para essas mulheres, pois a própria expressão partolândia aparece como o que quase não se consegue descrever, que escapa aos registros de pensamento e que vem como um estado alterado de consciência, ou seja, como outro tempo e outro lugar, diferentes da estrutura e do considerado como normalidade. O interessante é que esse não lugar, essa outra realidade, da qual pouco se consegue falar, é o que Bataille (1979 e 1993) também conjuga como sagrado e como erotismo, segundo o que parece acontecer nas descrições da partolândia. Para Bataille, o sagrado e o erotismo deveriam ser pensados como tentativas de recuperação de uma “animalidade perdida”, de modo semelhante ao definido por Odent com relação ao estado “mais arcaico e mais animal”, para se parir sem dor e distante das interdições da moral social.

Bataille, ao teorizar sobre a religião, logo na primeira parte de seu livro, remete-nos à relação entre o sagrado e o que denomina de “animalidade”. De seu ponto de vista, a animalidade é o imediatismo ou a imanência, um espaço de existência em que inexiste a classificação do pensamento racional e onde, portanto, não há o objeto, hierarquias ou diferenças apreensíveis. Em suas palavras, “nada está dado para o animal com o passar do tempo. É na medida em que somos humanos que o objeto existe no tempo, em que sua duração é apreensível” (1993:20). O mundo da animalidade, então, seria onde nada é colocado fora do tempo presente, onde se estaria *como água no interior da água* (1999:20). Devido a isso, esse estado de animalidade seria o que de mais estrangeiro o homem pode encontrar, em razão de não carregar “nem o sentido que o homem dá as coisas, nem o não sentido das coisas no momento em que desejaríamos imaginá-las sem uma consciência que as refletisse” (Bataille, 1993:21).

Entretanto, em que pese a animalidade ser essa outra paisagem e, para o homem, tão bizarra, na acepção de Bataille é, simultaneamente, a única capaz de apresentar uma profundidade extremamente atraente e familiar ao ser humano, pois a sagacidade dessa animalidade, em um certo sentido, é a animalidade do ser humano em um estágio ou em um instante em que inexistia a ordenação do pensamento e dos pontos de partida para a compreensão. Dessa forma, essa condição ou caráter do que é animal é o mais oculto, o que escapa ao homem e que, por ser ausência de separação e de tipologias racionais, seria, em última instância, a “continuidade perdida” e a imanência desejada, desenhadas nas palavras do autor como o que costuma acontecer com o animal que mata e que não percebe a morte de seu rival,

... porque seu rival não havia rompido uma continuidade que sua morte não restabelece. Essa continuidade não estava posta em questão, mas a identidade dos desejos de dois seres os opõe em combate mortal. A apatia que o olhar do animal traduz após o combate é o signo de uma existência essencialmente igual ao mundo onde ela se move como a água no seio da das águas (1993:25)

É essa continuidade ou animalidade, essa integração e existência dos seres, que Bataille reconhece como o sagrado, como aquilo que coloca fim à descontinuidade angustiante, que nada mais é do que a primeira separação experimentada pelos homens e da qual sempre se tenta escapar, esperando restabelecer uma comunhão perdida. Contudo, mais interessante ainda é que se esse seria o território do sagrado, em sua acepção, seria também o do erotismo, que, no mesmo bojo, vem como um jogo com a morte e como uma busca da continuidade perdida, ou seja, enquanto sensação da “animalidade”. Dessa maneira, os dois, o sagrado e o erotismo, contariam com a mesma base epistemológica e seriam compreendidos em suas sensações a partir das mesmas premissas, a do vazio da separação e a da impossibilidade de se recuperar a unidade experimentada somente na animalidade. Essas são algumas das conclusões às quais Bataille expressamente teria chegado ao ponderar que

... para nosotros que somos seres discontinuos, la muerte tiene el sentido de la continuidad del ser: la reproducción conduce a la discontinuidad de los seres, pero pone en juego su continuidad, es decir que está íntimamente ligada a la muerte. Es hablado de la reproducción de los seres y de la muerte que me esforzaré en mostrar la identidad de la continuidad de los seres y de la muerte que son una y otra igualmente fascinantes y cuya fascinación domina el erotismo (Bataille, 1979:25)

Diante disso e retomando os relatos de parto analisados neste trabalho, se a partolândia figura como o vazio, “o branco”, “a ausência do relógio” e a existência do tempo presente ou, então, “onde se é meio bicho e meio mulher”, e se, para Odent, esse é o estado mais arcaico e mais animal que a mulher pode reviver, avento a possibilidade desse outro estado de existência que se dá parto poderia ser pensado como a animalidade de Bataille e, assim, como a ausência de pensamento que é percebida como sagrada e também erótica.

Nesse sentido e aprofundando um pouco mais a minha reflexão, questiono se a partolândia não poderia ser, hipoteticamente, equiparada também ao tempo e ao estado de imanência que Bataille atribui à morte, ao sagrado e especificamente à reprodução (Bataille, 1979). Na mesma direção, não poderia também ser analisada à luz do que Agamben (2005) entende como o flerte com a morte, como surpresa e como “estágios crepusculares” enquanto possibilidades de enriquecimento das experiências na contemporaneidade? Enfim, se na partolândia não há tempo e não há espaço para condutas pautadas em códigos rígidos, esse espaço de existência, que é próprio do parto, não poderia eventualmente ser compreendido como tentativas de recuperação da continuidade perdida, operacionalizada por Bataille? Se sim ou se não, pouco parece importar, pois não pretendo esgotar a temática; contudo, no limite, esse conjunto de questões acrescenta maior complexidade ao praticado e pensado pelas adeptas do parto humanizado na atualidade, podendo aqui restarem como possibilidades interpretativas e como ampliação de horizontes de compreensão do parto.

No entanto, a despeito dessas questões, outro aspecto bastante intrigante do proposto por Bataille é que, por meio de suas ilações, sexualidade e espiritualidade veem-se aproximadas, portando traços comuns e consequências semelhantes, já que tanto uma quanto outra seriam, em sua opinião, oportunidades de recuperação da continuidade perdida. Nesse sentido, erotismo e experiência mística comportariam, por consequência, a mesma abertura, de modo semelhante ao por mim cogitado com relação à descrição da partolândia e das experiências de parto “mais naturais”, enquanto êxtase e transe, ainda que logicamente controlados, à medida que se sabe da presença de profissionais da saúde e de toda uma logística de cuidado nas cenas de parto aqui etnografadas.

Por outra parte, não por acaso, é na reprodução e no intercuro sexual que Bataille percebe um instante de recuperação da continuidade perdida. Segundo ele, os corpos, ao se deixarem invadir mutuamente, estabeleceriam um lampejo de continuidade entre corpos descontínuos e isso também aconteceria entre o óvulo e o espermatozoide, antes diferentes e individualizados e, no momento da fecundação, uma só continuidade. De igual modo, também na busca pelo contato com o sagrado, dar-se-iam as tentativas de recuperação da continuidade. Segundo o filósofo, como o sacrifício religioso atualiza a morte, também estabeleceria a continuidade perdida e desejada pelos seres humanos de maneira comparável à experiência erótica; por isso, em sua apreensão, o que denomina erotismo sagrado poderia ser considerado uma experiência mística, aquela em que não existe um objeto, mas a apresentação da continuidade perdida, o imediatismo e a imanência.

En el sacrificio, no solamente se desnuda, se mata a la víctima (o si el objeto del sacrificio no es un ser viviente, hay, de alguna manera, destrucción de este objeto). La víctima muere y entonces los asistentes participan de un elemento que su muerte revela. Ese elemento es lo que es posible denominar, con los historiadores de la religión, lo sagrado. Lo sagrado es justamente la continuidad del ser revelada a los que fijan su atención, en un rito solemne, en la muerte de un ser discontinuo. Hay, por el hecho de la muerte violenta, ruptura de la discontinuidad de un ser: lo que subsiste y

que, en el silencio que cae, experimentan unos espíritus ansiosos es la continuidad del ser, a la cual se rindió la víctima (BATAILLE, 1979:37)

Diante disso, morte, erotismo e sacralidade despontam atravessados um pelo outro e pela busca da continuidade tão sustentada por Bataille. Para assim figurarem, a violência é de fundamental importância, pois o autor argumenta que é por meio da violência, da penetração no intercuro sexual e do sacrifício no ritual religioso, que o erotismo sagrado pode ser experimentado, à proporção que a morte é tida como a negação da individualidade e, por consequência, como o que, em tese, restabeleceria a continuidade. Desta feita, “la muerte es lo que precipita aparentemente al ser discontinuo en la continuidad del ser” (1979:36.)

En lo fundamental, hay pasos de lo continuo a lo discontinuo, o de lo discontinuo a lo continuo. Somos seres discontinuos, individuos que morimos aisladamente en una aventura ininteligible, pero tenemos la nostalgia de la continuidad perdida. Llevamos mal la situación que nos clava en la individualidad de azar, a la individualidad caduca que somos. Al mismo tiempo que tenemos el deseo angustiado de la duración de este caduco, tenemos la obsesión de una continuidad primera, que nos liga generalmente al ser (BATAILLE, 1979:28)

O trabalho de parto e a dor sentida poderiam, portanto, ser apreendidos, hipoteticamente e a partir desse diapasão, como a violência ou a violação do corpo da mulher que permite a passagem da criança pelo canal de parto. Essa violência poderia ser o que enseja o flerte com a morte e que desorganiza o pensamento, à medida que a partolândia é interpretada como um estado alterado de consciência. Pensando por esse viés, o nascimento poderia, por consequência, ser definido à luz da violência da contração, da dor e da abertura do corpo que é dois em um, da continuidade passando a ser descontinuidade e, por conseguinte, de um flerte com a morte. E assim, o pensamento de Bataille sobre a religião e sobre o erotismo poderia atuar como uma interessante ferramenta teórica de compreensão do que tem sido relatado pelas mulheres adeptas do parir diferentemente, à proporção que em suas

histórias também pude identificar o jogo com a morte, com o perigo, com a dor e, por último, com estágios de liminaridade.

### **Partolândia, descontrole, emoções e feminilidade**

Dando seguimento à minhas hipóteses interpretativas quanto à sexualidade feminina posta em cena nestes relatos, gostaria de trazer à baila releituras psicanalíticas que, na atualidade, têm tentado revisitar a noção de feminilidade dos últimos escritos freudianos (das décadas de 1920 e 1930), com o notável esforço para positivá-la a partir de outras acepções de descontrole. Em razão das adeptas do parto “mais natural” entenderem o descontrole como uma das condições para o enriquecimento de suas experiências de parto e do descontrole ter também aparecido nas narrativas da partolândia, apreendo como interessante a exploração dessa idéia tomando de saída esse conjunto de leituras, que, no limite, podem ajudar a refletir sobre essa questão e sua intersecção com os modos de subjetivação femininos.

Birman (2003), tomando de saída as reedições da personagem Carmen nos anos de 1980, de Carlos Saura, de Godard e de Rossi, aponta para a presença de uma sexualidade feminina positivada que romperia com a organização do ter/ser falo. Para o psicanalista, essa mulher, que reaparece no cinema e no teatro, deveria ser entendida tanto como um resultado e quanto como um desafio para o movimento feminista dos anos de 1960 e 1970; porém, mais do que isso, indicaria, principalmente, o surgimento de novas figurações subjetivas femininas. Em seu entender, Carmen retorna à cena como uma mulher que, longe de reivindicar seu espaço no mundo público e no masculino, atua como senhora de seu próprio desejo, cujo exercício, prática da sedução e do erotismo não viriam mais lidos no registro da vulgaridade e da promiscuidade, mas como o lúdico e como uma ação afirmativa da feminilidade, desconstruindo, por consequência, premissas como a da inveja do pênis e a do medo da castração.

Em seu entender, bem ao contrário, a marca de Carmen seria o excesso e a busca pela livre fruição de seus desejos (BIRMAN, 2003:67). Diante disso, Carmen aparece, para o psicanalista, como uma mulher antimetafísica, pura materialidade e corporalidade e, assim,

como outra *femme fatale*, a mulher dos lábios vermelhos não mais dedicados à satisfação da volúpia masculina, tampouco semelhante às feministas “parafba mulher-macho” de outrora, que eram “marcadas, de fio a pavio, pelo ideal fálico, pela ânsia de poder e de domínio” (2003:81). Segundo o autor, justamente por ser essa senhora do próprio desejo, nem vulgar nem requerente de sua inserção no mundo dos homens, essa nova mulher anunciaria uma transformação na concepção de mulher operante nos séculos 19 e 20, posto que avessa à separação ou à mãe ou prostituta, mas também das feministas daquele período. Por causa disso, por assim se apresentar, proporia novos modos de existência, mais próprios e mais libertários, à medida que

.. a nova Carmem emergente nos anos 80 retoma positivamente essas insígnias. Porém, nessa retomada pelo imaginário cênico dos anos 80, aquela personagem incorpora esses atributos de maneira positiva, e os decanta, ao mesmo tempo, de qualquer traço de negatividade que marcaram a sexualidade feminina há trezentos anos, pelo menos. Vale dizer, a personagem recente de Carmem confere positividade ao erotismo e à sedução, pois os assume em estado puro, identificando-se com eles visceralmente. Com isso, Carmem se despoja dos traços moralmente desvalorizantes que impregnaram o ser da mulher até a medula e a macularam no seu ser feminino. (BIRMAN, 2003:90)

Partindo dessas ponderações, constrói a noção de “histerização” como “a colocação em movimento do desejo esterilizado e congelado que no ser da histérica se encontra em estado de denegação e recusa” (Birman, 2003:95), revolucionando o conceito de histeria freudiano, em razão de, diferentemente, apontar para a positividade do excesso e do descontrole da sexualidade feminina, que, antes, eram percebidos como patologia. Dessa maneira, argumenta que

.... enquanto na histeria o sujeito revela o seu terror pela excitação e pela mera evocação do erotismo, que deixa o sujeito siderado em do anúncio virtual de sua emergência, a histerização implica a

dignificação do erotismo, sendo esse, pois um bem precioso que funciona como uma bússola e uma fada madrinha que descortina o horizonte do sujeito. Enfim, enquanto a histerização indica o decantamento das inibições sexuais e a suspensão dos sintomas, de maneira a deixar insuportável a ordem fálica, para que o erotismo se torne possível na sua leveza arrebatadora, a histeria revela os impasses quase insuperáveis do sujeito na cena sexual, como defesa contra o erotismo e a perda conseqüente do viço da pele e do olhar brilhante pela mulher (BIRMAN, 2003:96).

De minha parte, ao retomar a concepção de partolândia e a disposição para viver um parto sem analgesia e outros procedimentos médicos, também tomei contato com a idéia de descontrole e de estados outros de existência, que aconteceram entre gritos, gemidos, suor, posturas e atitudes impensadas socialmente. Segundo as mulheres desta etnografia, situações como essas, ainda que não experimentadas tranquilamente pelos médicos mais tradicionais, pois, para muitos, esse descontrole significou perigo e instabilidade, para elas, ao contrário, representaram positividade e fruição de seus desejos mais próprios de como parir. Estados de euforia ou de introspecção, nessa direção, poderiam ser pensados à luz do conceito de “histerização”, ou seja, como excesso, aquilo que transborda e que é pura corporalidade nas cenas de parto “mais naturais”.

Ela teve vontade de agarrar o seu marido e manter relações sexuais com ele, tamanho o seu desejo. Na hora eu não sabia, mas depois perguntei e ela me contou.

(relato de uma parteira mexicana, dez. 2009)

Ela sentia calor e dor, queria o marido por perto, depois não queria mais e a única coisa, louca, que a satisfazia, era o calor de um secador de cabelo na região pélvica e lombar.

(relato de uma doula, mar. 2008)

Eu pulava, me balançava. Eu estava eufórica. Fazia pulos chinelos na entrada do hospital e todo mundo achava que ela era louca.  
(Beatriz)

Eu estava na partolândia total. Eles me chamavam, mas nada e eu sentia prazer na minha vulva, na minha região perineal, sabe?  
(Goreti)

Eu até tenho vergonha de dizer, mas senti dois orgasmos retumbantes durante as contrações.  
(documentário *Orgasmic Birth*, 2009)

Ela já estava de quatro, totalmente em outro planeta. Na sala, estava seu filho, vendo tudo e ela completamente nua. Depois me contou que, como não entrava em trabalho de parto de uma vez, pensou em amamentar sua outra filha para começar a produzir ocitocina.  
(médica do grupo independente, mar. 2010)

Eu precisava dos olhos do meu marido, fitá-los nos comunicava. Cada contração era como uma onda de calor que simbolizava nosso amor. Nós ficamos juntos na banheira. Era o nosso momento. Eu sentia que ali ia parir. Nós estávamos juntos.  
(relato de uma parteira mexicana)

Quando ela chegou, vi que seu olhar estava diferente. Ela disse que seria hoje, mas eu não acreditei. Quando subi para o quarto para ver como ela estava, ela já estava de quatro e minha filha estava nascendo. Ela pariu sobre a cama e eu segurei minha filha.  
(marido de Ana)

O meu marido me disse que na hora do parto disse coisas que nunca teria dito, eu tenho até vergonha de saber o que era, porque naquele momento eu era outra pessoa.

(Filomena)

Eu sei lá, nessa hora, as máscaras caem, você é meio bicho e meio mulher.

(Alice)

Enquanto eu tomava banho, tive uma espécie de visão, via um monte de mulheres parindo, como as russas que têm seus filhos na água. Eu fiquei lá e foi tão bonito.

(Goreti)

Eu fiquei deitada, mas com uma perna levantada, uma posição estranha, mas era assim que queria parir. Então, colocaram um pano no chão e ali aconteceu.

(Aurora)

Eu fiquei eufórica, todo mundo foi dormir, mas eu não conseguia, se pudesse teria colocado no jornal que tinha conseguido. Fiquei telefonando para todo mundo para contar.

(Luisa)

Se cogito a possibilidade de interpretar passagens como essas a partir da noção de histerização pensada por Birman, é porque nessas experiências o considerado excesso negativo pela sociedade parece ter dado origem a uma espécie de estado de graça ou passagens em que simplesmente se permitiu viver o que tinha para ser vivido. Essas mulheres deram vazão às suas sensações e às suas emoções, sem tentar controlá-las ou adequá-las ao que poderia ser esperado socialmente e, nesse sentido, estiveram para si mesmas e “passaram ao ato”, não percebendo, a si mesmas, como histéricas ou descontroladas, mas simplesmente como mulheres que desejaram parir da maneira que optaram e que

... face o corpo em ebulição, fervoroso de fluidos erógenos e de humores incandescentes, o entendimento racional nada podia fazer, mas apenas se deixar levar, de maneira a colocar o sujeito na condição de dizer: é mais forte do que eu, por isso eu cedo ao turbilhão. Seria então pela histerização que o sujeito poderia sonhar, produzindo, ao lado disso, lapsos verbais e atos falhos, mediante os quais o corpo erógeno virava de cabeça para baixo o mundo das idéias claras e simples forjadas pela tradição racionalista, iniciada com Descartes, no início do século XVII (BIRMAN, 2003:97).

Para Marcia Arán, psicanalista, cujos trabalhos se inspiram e seguem no mesmo sentido dos de Joel Birman, tentativas como essas de (re)operacionalização do feminino e da feminilidade estariam indicando na contemporaneidade a crítica à centralidade da idéia de Édipo e do complexo de castração. Sendo assim, tratar-se-ia de uma releitura da idéia de corpo erógeno da “teoria metapsicológica” de Freud e uma tendência de se repensar a subjetivação a partir de um modelo de estética (2006:142-143). Em sua leitura, Birman ter-se-ia debruçado sobre uma suposta virada do pensamento freudiano a partir dos anos de 1920, tendo nela encontrado a base para o que tem trabalhado como conceito de feminilidade. Desse modo, trabalhando a partir da pura pulsão, do excesso e da abertura, bem como da idéia de passagem direta ao ato como fruição do próprio desejo, o psicanalista estaria tanto valorando o pensamento freudiano como abrindo fendas para que fosse possível reinventá-lo a partir de um corpo que não é mais recalque, mas processos de subjetivação na aventura e no risco (Arán, 2006:176).

Posto desse modo, se a sexualidade feminina vinha sendo orientada pela teoria do “dimorfismo sexual” (Laqueur, 2001), da castração e da inveja do pênis (Freud, 1915), bem como da premissa de que o destino das mulheres seria a maternidade ou a prostituição, quando as adeptas de outros modos de parir anunciam o parto como evento sexual e narram ter sentido prazer durante a partolândia, pode-se estar diante de uma outra paisagem sexual,

na qual maternidade e erotismo poderiam ocupar o mesmo espaço, reorganizando sua subjetividade a partir de uma outra leitura de descontrole e de suas próprias emoções. Em outra medida, conjugando o pensado por Birman e Arán ao já asseverado à luz de Irigaray e de Rodrigáñez, o desejo e o prazer trabalhado a partir dessas passagens de parto tendem a vir muito mais como pluralidade de zonas erógenas e, assim, como um corpo desejante que escapa da centralidade propugnada em percepções psicanalíticas mais tradicionais, sinalizando, por fim, uma vez mais, a necessidade de ampliação de interpretações de sexualidade feminina.

Seguindo por esse viés, se na modernidade as emoções foram contrapostas ao pensamento e, de certo modo, menosprezadas, porque consideradas menores e prejudiciais à manutenção da organização social, em meu âmbito de pesquisa, advêm como o que compõe a cena e conferem inteligibilidade às narrativas de parto. De certo modo, o descontrole, enquanto sentimento e emoção, aparece como o que significa o enriquecimento das experiências de parto e aponta para outra figuração de feminilidade, ocupando, assim, lugar de destaque e de positividade. Diante disso, essa outra percepção das emoções acaba indicando o seu caráter histórico e cultural, tese já há certo tempo sustentada por Catherine Lutz (1998), antropóloga americana, que, desde sua etnografia entre os *Ifaluk*, sociedade da Micronésia, pontua que as emoções, diferentemente do que acontece nas sociedades euro-americanas, podem compor os sistemas de pensamento e até mesmo o que se entende por moralidade em certas culturas e, assim, desconstruir rígidas hierarquias entre o pensamento e a emoção também em sociedades e culturas.

Em sua etnografia, Lutz aborda como as emoções e a sua relação com o feminino podem ser indicadores de boa conduta ética e social naquela sociedade da Micronésia. Segundo ela, “the Ifaluk can, in fact, be characterized as having endowed themselves with an “emotional mind” that understands events in a way that is, in our terms, simultaneously cognitive and affective” (LUTZ, 1998:115). Entre eles, as emoções carregam uma conotação distinta da presente nas sociedades ocidentais, nas quais são inscritas geralmente nas mulheres e percebidas como ameaças da organização social, irracionalidade, perigo de caos e de anomia. Para a sociedade Ifaluk, as emoções e sua conexão com o feminino, são,

ao contrário, valorizadas e consideradas modos de pensar e de conduzir a própria vida. Segundo ela,

The Double-edged character of the Western cultural conceptualization of emotion is nowhere more evident than in the way the emotions are related to value, morality, and ethics. While emotions are fundamentally devalued themselves – as irrational, physical, unintentional, weak, biased, and female – they are evaluated by some individuals and in certain contexts as “good” aspects of the person. Associated on the one hand, with all that is amoral – our physical, animal heritage, the unconsidered and uncontrolled, the irresponsible – the occurrence of emotion may ensure immoral behavior or even relieve subjectivity, emotion is associated with the self-indulgence; thought, with discipline and self-denial. To the extent that morality is culturally defined as self-control in the interest of a higher good, emotion’s culturally defined self-indulgence is antithetical to it. On the other hand, emotions are also sometimes considered to be an expression of personal values. Here, morality requires emotion because affect provides the motivation for taking particular moral positions toward events. (LUTZ, 1998:76-77)

Diante disso, se as emoções são construídas histórica e culturalmente, por que não seria possível repensar na reinvenção da separação entre pensamento e emoção nas sociedades contemporâneas? Ou, então, por que não seria possível redesenhar, partindo desses relatos de parto, a conexão entre emoções e feminilidade além de registros negativos e normativos?

Feitas essas ponderações do material etnográfico, no capítulo seguinte, o último desta tese, pensarei, à luz de todos esses questionamentos, sobre a interface partos, maternidades e femininos.

## Cap. 4

### **Feminismos, partos e maternidades: processos de subjetivação em perspectiva**

#### **Parto, maternidades e feminismos no Brasil**

Segundo Scavone (2001), a maneira pela qual a teoria feminista abordou a questão da maternidade, de maneira geral, poderia ser subdividida em três momentos. No primeiro, a maternidade teria sido reconhecida como um *handicap* (defeito natural) que confinava as mulheres em uma “bioclasse”, ou seja, em um grupo marcado pela fisiologia (2001:139). Por essa razão, a recusa da maternidade teria figurado como um dos caminhos para a reversão da dominação masculina, para que as mulheres pudessem ter uma identidade mais ampla e reconhecessem suas potencialidades. Sua base teria sido, entre outras contribuições, *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir (1949), em que a filósofa defende a liberdade sexual, a liberação da prática da contracepção e do aborto. Dentro desse ideário, a maternidade teria sido compreendida como uma construção social e também percebida como a principal causa do controle do sexo feminino. Buscava-se, por isso, criticar e negar a maternidade como destino biológico. Segundo a socióloga, em razão disso, nessa época, foi possível encontrar, de um lado, as forças conservadoras e as natalistas que defendiam a família, a moral e os bons costumes e, de outro, as feministas francesas e as européias que, nas ruas, propagavam: “un enfant, si je veux, quand je veux” (uma criança, se eu quiser, quando eu quiser). Essa teria sido, de acordo com Scavone e muitas outras feministas, a realidade européia dos anos de 1970: uma época de predominância do “feminismo igualitário” (2001:140).

Em um segundo momento, desponta a negação desse *handicap* e a maternidade se transmuta em uma espécie de poder insubstituível, que somente as mulheres têm e que os homens, de algum modo, temeriam e tentariam controlar. Nesse contexto, da psicanálise vem a idéia de que o cordão umbilical une mãe e feto e que é, por isso, fonte de vida e poder; a história resgata a maternidade como parte e poder femininos e a antropologia,

analisando outras culturas e outras tradições, recupera os saberes femininos associados à reprodução. Essa teria sido a abordagem do “feminismo da diferença”, cuja reflexão central recai sobre a necessidade de afirmação das diferenças e da identidade feminina.

Por último, Scavone desenha o terceiro momento como o da desconstrução desse suposto *handicap* natural, tratando-se da corrente teórica que busca mostrar que não é a dimensão biológica da reprodução que determina a posição social das mulheres, mas as relações sociais de dominação que atribuem significado à maternidade. Passa-se a entender que a dominação de um sexo sobre o outro só poderia ser explicada social e não biologicamente (2001:141). Em sua leitura, é a introdução do conceito de gênero nas Ciências Sociais que inaugura essa percepção relacional da maternidade, possibilitando que seja abordada em suas múltiplas facetas, tanto como símbolo da realização feminina, como também como marca de sua opressão. Em suas palavras,

Foi possível compreendê-la como um símbolo construído histórico, cultural e politicamente resultado das relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro. Esta abordagem contribuiu para a compreensão da maternidade no contexto cada vez mais complexo das sociedades contemporâneas (SCAVONE, 2001:142-143).

Hoje em dia, em tempos de redução do número de mulheres que querem exercer a maternidade e de redução do número de filhos por casal, mas também, curiosamente, por outro lado, de crescimento da reprodução assistida no Brasil e no mundo, Scavone detecta que a reflexão sobre a maternidade se tornou mais abrangente, não se discutindo mais se é ou não o eixo central da dominação masculina, mas pensando-a à luz do uso de tecnologias reprodutivas e das consequências de uma excessiva medicalização do corpo feminino. Nesse sentido,

Entre o modelo reduzido de maternidade com uma variedade crescente de tipos de mães (mães donas-de-casa, mães chefe de

família, mães “produção independente”, casais “igualitários”) e as diversas soluções encontradas para os cuidados das crianças (escolas em tempo integral, creches públicas, babás, escolinhas especializadas, vizinhas que dão uma olhadinha, crianças entregues a seus próprios cuidados, avós solícitos), a maternidade vai se transformando, seguindo tanto as pressões demográficas, natalistas ou controlistas, como as diferentes pressões feministas e o desejo de cada mulher (SCAVONE, 2001:149).

Este artigo oferece um cenário geral de como o assunto teria sido abordado pelo movimento e teoria feminista, mas, em minha opinião, é importante ter cautela ao pensar sobre a temática nos países do Sul, à medida que se sabe, por exemplo, por meio da mídia impressa e televisiva, assim como por meio de pesquisas com recorte de gênero, que a maternidade nas camadas pobres brasileiras parece ainda estar bem longe desse modelo reduzido ou, então, de outros modos de maternagem, dada a predominância da monoparentalidade e da persistência dos cuidados de amigas, vizinhas ou de familiares enquanto as mães se dedicam ao trabalho para o sustento da casa.

De outro lado, não obstante a maternidade e o parto não poderem ser considerados constitutivos um do outro, porque uma mulher pode vir a ser mãe sem dar à luz ou dar à luz e não exercer a maternidade, o artigo oferece pautas para problematizarmos a temática mais específica desta tese: o parto. Seguindo por analogia e dedução, mas também por meio de escassas sugestões bibliográficas, podemos refletir sobre o tipo de atenção feminista que foi dada ao parto, a partir da teia de relações estabelecida entre os feminismos e a maternidade.

Assim, pensando dessa maneira, se, inicialmente, a maternidade parece ter sido negada pelas feministas igualitaristas, poderia cogitar que a assistência dada ao parto também pode não ter merecido atenção, dado que pensar em parto significaria pensar, em algum sentido, em maternidade. Dessa forma, tendo à interpretação de que o questionamento acerca dos modos de parir poderia ter-se dado mais, ou com mais vagar, na corrente diferencialista, considerando que desta participaram feministas que viam na maternidade algo de potencial

ou de singularmente feminino. Nesse conjunto hipotético, o terceiro momento abordaria a questão do parto para além do corpo da mulher, conjugada, talvez, às tecnologias reprodutivas, dado o caráter relacional preponderante nesta vertente. No que tange às produções teóricas, muito se encontra quanto à primeira corrente, aquela que entende a maternidade como algo a ser combatido porque mandato; quanto às outras, poucas são as obras escritas e publicadas, ainda que hoje sejam encontrados escritos sobre maternidades contra-hegemônicas à luz da maternidade lésbica, da inseminação artificial e da produção independente (SCAVONE, 2001). Se for assim, essa constatação poderia, no mínimo, sugerir a dificuldade de se (re) pensar a maternidade além da ordem simbólica androcêntrica, enquanto reprodução, anatomia e destino das mulheres.

Por essa razão, tratarei de recuperar algumas concepções de maternidade no Brasil, seus percalços e algumas características, tendo por contraponto a visão mais abrangente de Scavone, procurando mapear os encontros e os desencontros entre a discussão da maternidade e o posicionamento das feministas; porém, de modo mais específico, entre feministas e suas perspectivas de partos.

Os anos de 1960 e de 1970 foram marcados pelo rechaço da maternidade enquanto mandato e da violência contra as mulheres, por isso nossas feministas tinham por norte idéias que, depois, se tornaram gritos de ordem, como o “meu corpo me pertence” e o “pessoal é político”. Esses teriam sido os anos da demanda por maior liberdade sexual, pelo uso da pílula, pela inserção política, econômica e social, bem como de luta contra a violência doméstica. Falava-se de maternidade, mas de maneira mais orientada à necessidade de creches e de amparo estatal, no encalço do reconhecimento de sua importância social. De outro lado, a questão do parto especificamente pouco se debatia, ao menos quanto à atenção prestada pelo modelo médico, hoje foco dos questionamentos das adeptas de outros modos de parir. Nesse sentido, é com o surgimento da questão da saúde da mulher, nos anos de 1980, que são inseridos e pontuados temas até então desconsiderados, como a da perspectiva médica do corpo da mulher e o modelo de saúde pública. De acordo com Xavier, Ávila e Correa (1989:206),

A reflexão teórica que articula a condição feminina aos temas da saúde é relativamente tardia no processo de gestação da consciência feminista. Muito embora a preocupação com a reprodução estivesse presente no discurso feminista do século XIX, ela se tornou discreta com o desenrolar da luta pelos direitos legais e políticos que marcou o movimento até a década de 30.

Segundo Diniz (2000), Batista (2000) e Pereira (2000), até os anos 80, havia dificuldade de se incorporar a saúde da mulher e os direitos reprodutivos à agenda dos movimentos sociais, mas não na do movimento feminista. De um lado, o movimento de mulheres, liderado pelos CEBs, Igreja e etc., preocupava-se mais com a questão do acesso à saúde, criação de posto nos bairros, mais médicos, saneamento básico e escolas, entre outros interesses práticos. Por outro, começavam a aparecer feministas que propugnavam a importância de se pensar na saúde da mulher e em suas especificidades, nas políticas de controle dos corpos, sobre a relação médico-paciente, a educação em saúde e o direito ao exercício da sexualidade e da cidadania.

Por causa disso, é na década de 1980, com a criação das OnGs SOS Corpo e Curumin, em Recife, bem como do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo, junto da organização do *Primeiro Encontro Nacional de Mulher e Saúde*, na cidade de Itapeverica da Serra (SP), em 1984, que o tema da saúde da mulher conquista espaço e importância. Segundo Diniz (2000), as feministas estavam obstinadas a desmascarar antigos mitos como o do orgasmo vaginal e o de que amor entre mulheres era uma doença; a denunciar o controle da população; o uso de cobaias do terceiro mundo pela indústria farmacêutica e o uso da esterilização de rotina de muitas mulheres, tendo também investigado e difundido os efeitos colaterais, supostamente danosos, da pílula e do DIU.

Como resultado dessas mobilizações, em 1983, teriam nascido as primeiras experiências de atenção à saúde da mulher e, especificamente, no governo de Franco Montoro (SP), entre 1983 e 1987, o movimento feminista, o movimento de mulheres, a pastoral da família, a Unicamp, o Cebrap e a Fundação Carlos Chagas, teriam desenhado o primeiro programa de

atendimento integral à saúde da mulher, que, pouco depois, adquiriu contornos nacionais, dando ensejo ao que conhecemos como Plano Integral de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM, 1983).

O PAISM foi o primeiro documento legal e estatal a reconhecer e salientar as particularidades da saúde e da assistência médica ao corpo da mulher. Sua proposta era pensar a integralidade biopsicossocial da mulher, reforçando a questão da saúde mental, da vida sexual e reprodutiva (BATISTA, 2000:52). Por integralidade da saúde entendia-se a mulher em todas as fases de sua vida, com suas especificidades sociais, psicológicas, biológicas e de saúde; somando-se a isso, a segurança da assistência, desde os níveis mais simples até os mais complexos. Nesse sentido, os marcadores sociais de raça, etnia, classe, orientação sexual, entre outros, deveriam todos ser considerados e sopesados no momento do atendimento. Quanto à fecundidade, o plano propugnava a informação e os serviços no sentido de preservar a saúde da mulher, não interferir em suas escolhas, contribuir para a liberdade de decisão do casal de ter ou não filhos e para igualdade sexual e reprodutiva entre homens e mulheres no tocante à partilha de tarefas e de responsabilidades. No que diz respeito ao pré-natal, previa:

... a realização de exames laboratoriais de rotina e, quando existir a dúvida, a realização de ultra-sonografia e verificação do estado nutricional; a evolução da pressão arterial, dos movimentos fetais e a existência de batimentos cardíacos fetais, além de informar sobre anticoncepção;

- no atendimento médico às mulheres parturientes e puérperas, o programa visa orientar as mulheres sobre o trabalho de parto sobre a assistência ao recém-nascido. Prevê também a realização do exame clínico, a fim de prevenir possíveis complicações para o parto, o acompanhamento dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, e estímulo ao aleitamento materno. (apud BATISTA, 2000:54)

Esse programa foi incorporado pelo Ministério de Saúde em 1986, depois, regulamentado e implementado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (extinto INAMPS). Entretanto, com sua aplicação, assiste-se pouco a pouco à supremacia da atenção médica em detrimento da medicina preventiva e, assim, a uma crescente medicalização do corpo feminino, exatamente o oposto do que se pretendia. Essa situação fez com que o movimento feminista realizasse capacitações de sensibilização dos profissionais e percorresse os municípios a fim de explicitar o objetivo inicial do plano; suas percepções compuseram a Conferência Nacional de Saúde de 1988 e, em âmbito federal, as feministas procuraram, a partir do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, da Rede Feminista de Saúde e de outras OnGs, dar outro tom ao programa. A prioridade era pensar no PAISM como o direito à cidadania na área da saúde reprodutiva. No entanto, em que pese toda essa dedicação e letra da proposta, o PAISM, segundo avaliação de Batista (2000), enfrentou diversas dificuldades e terminou bem distante de seu intuito original, porque o programa nunca foi vinculado verdadeiramente ao SUS; porque nunca existiram recursos suficientes para sua implementação; porque nem sempre existiu boa vontade e incentivo por parte dos municípios brasileiros; porque havia a distância entre sua ideologia e aplicabilidade prática, a dificuldade de se incorporar uma perspectiva educacional em saúde, para que a mulher pudesse decidir por seu corpo e porque as atividades nunca foram remuneradas de acordo com a atenção propugnada. Dessa maneira, mesmo propondo outra leitura, a mulher teria continuado como uma reprodutora e o Estado, na opinião de Batista, teria contribuído para essa permanência, à medida que pouco parecia fazer frente à esterilização como método contraceptivo, à cesárea como parto e ao desconhecimento da importância do pré-natal e da prevenção do câncer de colo e de mama.

Iniciativas como essas, das quais participaram ativamente as feministas brasileiras, foram as pioneiras no questionamento de um sistema de saúde adequado às particularidades femininas. Passa-se a criticar o olhar médico, a perspectiva afunilada de sexualidade feminina orientada tão somente à reprodução, a relação médico-paciente e a precariedade dos serviços básicos. Disso, nasce a demanda de um atendimento médico de qualidade que considerasse a mulher em sua totalidade, a saber, aspectos psíquico, físico, emocional, realidade de vida e pertinência social e cultural. Da parte das feministas, trabalhava-se

muito com educação sexual, planejamento familiar, difusão e informação de métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e dos tipos de câncer que atingem especificamente os corpos femininos. E assim, passa a circular a idéia de que “ter saúde é estar bem no mundo” (XAVIER, ÁVILA e CORREA, 1989:207). De igual modo, o aborto também ocupa destaque no que tange às suas primeiras tentativas de descriminalização e de despenalização, bem como quanto à assistência médica, para que se evitassem mortes decorrentes de tentativas caseiras ou em clínicas clandestinas.

Fundamental para esses questionamentos e propostas teriam sido as mobilizações feministas, que, depois, deram corpo para a sua caracterização enquanto direitos reprodutivos articulados aos direitos civis e aos direitos sociais, orientados à qualidade da assistência, à educação em saúde, à saúde integral, ao exercício da sexualidade, da cidadania e ao controle populacional. Se esses direitos conquistam contornos e legitimidade nos mesmos anos de 1980, em 1990, durante a Conferência Internacional sobre População e Demografia, no Cairo (1994), os direitos reprodutivos são acrescidos aos direitos sexuais, dando ensejo ao binômio hoje conhecido como “direitos sexuais e reprodutivos”. Para Viera e Arilha (2003:137),

Essa postura contrapõe-se à de subordinar a sexualidade à reprodução, de medicalizar a atividade sexual, tornando-a como mais um risco para aquisição de doenças, de gravidez indesejada, ou de normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades “normais” e “patológicas”. Colocar a autonomia sexual da mulher no centro das propostas de saúde sexual e reprodutiva tem sido um avanço na conquista da cidadania das mulheres, apesar de persistirem polêmicas em torno dos direitos sexuais das adolescentes e do direito ao aborto.

Tratar a saúde feminina dessa forma, segundo essas mesmas autoras, primeiro, a teria inserido no rol dos direitos humanos e, em segundo lugar, teria dado à sexualidade outra conotação, a saber, a de fato social, muito além do puramente fisiológico e reprodutivo.

Nessa esteira, segundo Vieira e Arilha, “é o entendimento de que a sexualidade é mediadora e organizadora de nossa socialidade que nos permite pensar em direitos sexuais, assumindo a sexualidade e a identidade sexual como algo que diz respeito aos direitos humanos” (2003:138). O binômio direitos sexuais e reprodutivos ou reprodutivos e sexuais, dada a controvérsia feminista sobre a antecedência e importância de um sobre o outro, teria verbalizado a separação entre sexualidade e reprodução, bem como a possibilidade de pensar no exercício e no gozo da sexualidade da mulher, não mais ou somente no registro da reprodução, mas principalmente a partir da noção de pessoa. Em outras palavras, passa a se pensar que a mulher pode gozar, sentir prazer e satisfazer-se, sem necessariamente engravidar, parir e gestar, rompendo-se com uma relação de quase causa e consequência entre sexo e reprodução.

Entretanto, em que pese todas essas iniciativas e conquistas, bem como a pauta política feminista, quanto à assistência dada ao parto propriamente dita, ao menos no Brasil, poucas parecem ter sido as ações no sentido de indagar as rotinas, as práticas médicas e os altos índices de cesárea nesse período histórico, quando e se considerar que, nos anos 2000, a situação muda significativamente. Dessa forma, pode-se concluir que se a saúde ingressou na agenda do movimento feminista tardiamente, e o debate sobre o parto tecnológico e hospitalar parece ter sido restrito e ainda mais tardio.

Existiram algumas propostas feministas mais orientadas ao parto e talvez a do Coletivo Feminista de Sexualidade de São Paulo tenha sido uma das mais significativas, à medida que foi pioneira e uma das poucas dirigidas à temática da assistência ao parto no Brasil naquela época, período em que, vale ressaltar, o país já contava com um largo número de cesáreas e em que o parto já tinha migrado quase que totalmente para o hospital, com a exceção de seus rincões mais tradicionais. Esse Coletivo, segundo Diniz (2002), inspirado no coletivo feminista *Dispensaire des Femmes*, de Genebra, trabalhava em nome de uma “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida”, recuperando indiretamente, em minha apreensão, um pouco da proposta de maternidade libertária das anarquistas brasileiras do final do século 19, como Maria Lacerda de Moura (Rago, 1993).

Por maternidade voluntária entendia-se a escolha pela maternidade livre de constrangimentos biológicos e sociais, tendo por pressuposto, em razão disso, a aposta no livre acesso à contracepção e na interrupção de uma gravidez indesejada. Por prazerosa entendia-se a maternidade desvinculada da noção de que “ser mãe é necessariamente padecer no paraíso”, da premissa de que a mãe sofre na gravidez e no parto, de que sacrifica sua vida profissional e sexual pelo amor aos filhos e de que aceita passivamente as angústias e as ambivalências da maternidade. Sendo assim, partia-se da compreensão de que a representação da maternidade é socialmente construída e ambivalente, composta de satisfação, mas também de dificuldades. E essa convicção teria sido, segundo Diniz (2004), a responsável por duas das frentes de atuação do Coletivo de SP: o estímulo ao autocuidado das mulheres como forma de proteção do binômio mãe-filho e a informação para a escolha dos procedimentos na assistência à gravidez e ao parto. Dessa maneira, a autora acredita que o parto tenha passado a ser tratado como tema político e como lugar de eventual violência de gênero. Por fim, por maternidade socialmente amparada buscava-se chamar a atenção para a maternidade enquanto trabalho social, entendendo que os direitos das mulheres são inseparáveis dos da criança, não existindo nenhum *a priori*.

Priorizava-se o viés feminista, a maternidade consciente e o parto ativo, estimulando-se o parto domiciliar e o parto natural hospitalar. Com base nessas experiências, o Coletivo foi convidado a participar de duas pesquisas bastante importantes para a cidade de São Paulo: “Violência – Um olhar sobre a cidade” (1992), a primeira a documentar que o parto pode ser violento, que os funcionários podem ser agressivos e que poderiam não respeitar a dor da parturiente, e “Violência – É possível viver sem ela. Dar à luz em condições violentas” (1989), que sinalizou as condições hospitalares da cidade e propôs a instalação de uma assistência humanizada nas entidades municipais. Foi, a partir de então, que o termo “violência institucional” passou a ser empregado para designar o vivenciado por algumas mulheres no momento do parto e do pré-natal. Dessa forma, a violência contra a mulher adquiria, então, nessa fase, mais uma interface com a saúde – o tratamento recebido dos profissionais, as práticas médicas e os olhares para com o corpo feminino.

Com esse intuito, o Coletivo teria concebido cursos, material de divulgação e assistência médica ambulatorial para a difusão de métodos anticoncepcionais, bem como contra doenças sexualmente transmissíveis; teria depois criado grupos de apoio ao parto e uma logística de atenção médica pautada pela integralidade da saúde da mulher, cujo foco fosse uma relação humanizada entre médico e usuárias. De outra parte, mais ao Norte, como bem recupera Tornquist (2004), o grupo Curumin, também teria principiado associações orientadas à assistência do parto no Brasil. Esse grupo, atualmente uma OnG feminista, segue atuante e compõe a ReHuNa.

Para tanto, também foi criado, em São Paulo, em 1984, o ambulatório médico do próprio Coletivo, cujo objetivo era cobrir a demanda feminina desde o desejo ou não da maternidade até uma maternidade e um parto “conscientes” e mais próximos do buscado pelas mulheres. Suas ações parecem ter sido também influenciadas pela experiência do *Boston Women’s Health Collective*, um coletivo feminista americano bastante conhecido pela edição de material informativo e realização de pesquisas sobre a saúde da mulher latino-americana desde o início da década de 1980. Esse grupo americano, em *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para la salud de la mujer latina* (2000), tradução de um de seus estudos, aborda especialmente a maternidade e o parto (Capítulo 26:495-527), discutindo o sistema atual de nascimento, sua formação, a educação médica, o processo do parto, noções como a de parto ativo, de parto natural, de rotinas hospitalares e suas consequências, entre elas a da analgesia e a da episiotomia, bem como o enfoque dado pelas parteiras tradicionais de muitas regiões.

De acordo com Simone Diniz, que tem um olhar bastante otimista quanto à relação entre o feminismo e a crítica dos modelos de parto nesse período da história do Brasil, para as feministas, muitas intervenções adotadas durante o parto eram reconhecidas como irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa (Coletivo Feminista de Sexualidade, 2002). Por isso, partilhava-se da impressão de que o modelo hospitalar de atenção muitas vezes suprimia e ignorava as dimensões sexuais, sociais e espirituais do nascimento. Sendo assim, as atitudes do Coletivo e as idéias de feministas envolvidas com a saúde, em sua apreensão, denunciavam a perda da autonomia e a ausência de protagonismo feminino

sobre a reprodução perante as instituições de saúde que ofereciam a tecnologia de maneira desumanizada. Para tanto, Diniz parte da premissa de que

... o feminismo entende que a maternidade é um direito e não um dever. Como um direito pode ser exercido fora do casamento e independentemente de orientação sexual. As feministas repudiam qualquer forma de discriminação contra as mulheres e reivindicam para solteiras e lésbicas que desejem ter filhos os mesmos direitos das que desejam ser mães em relações conjugais formais e heterossexuais. Defendem ainda o direito à adoção e o acesso ao apoio social da maternidade, aos bancos de sêmen e a eventuais tratamentos de infertilidade (DINIZ, 2002:23).

Esse conjunto de mobilizações, programas públicos, crítica da prática médica, experiências internacionais e práticas do Coletivo paulista podem ter contribuído para que, em 1987, fosse realizado, na Costa Rica, o *I Encontro Internacional Mulher e Saúde*, do qual surgiu o Dia de Ação pela Saúde da Mulher, 28 de maio, na tentativa de se pontuar a necessidade de combate à mortalidade materna. Posteriormente, em 1991, nasceu no Brasil a Rede Feminista de Saúde<sup>32</sup>, uma articulação de grupos de mulheres, organizações não governamentais, núcleos de pesquisa, sindicatos, conselhos de direitos da mulher, profissionais de saúde e ativistas feministas que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e de direitos sexuais e reprodutivos. De igual modo, seria possível pensar na repercussão das pressões feministas por todo o mundo para, por exemplo, a edição, em 1998, do guia *Iniciativa da Maternidade Segura* da Organização Mundial de Saúde.

---

<sup>32</sup>A atuação da Rede Feminista de Saúde fundamenta-se nos seguintes princípios: fortalecimento do movimento de mulheres em âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos; reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos; reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como uma violação aos direitos humanos; defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde e da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde e descriminalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito. A rede é composta de nove regionais coordenadas politicamente por um conselho diretor e por uma secretaria executiva. Como segmento da sociedade civil, tem representações em vários conselhos, comitês e comissões no âmbito do Estado em nível nacional, estadual e municipal. Edita revista, dossiês temáticos e cartilhas, tendo produzido um CD “Saúde e Direitos da Mulher” que é veiculado em estações de rádio. Conta ainda com uma página na internet com o mesmo propósito, a saber, [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br).

Dessa forma, interessante é aventar a hipótese de que a mobilização feminista teria, gradativamente, aberto brechas e ofertado fundamentos para que, na década de 1990, a questão da saúde, da mortalidade materna e da assistência prestada ao parto nos hospitais fosse percebida enquanto tema jurídico e foco de proteção legal, de direitos humanos e de tratados e convenções internacionais. Primeiro porque, depois da Conferência de Viena (1993)<sup>33</sup>, ter-se-ia passado a pensar nos direitos das mulheres enquanto direitos humanos e, depois, porque na Conferência de Cairo<sup>34</sup> (1994), sobre a população, ter-se-ia passado a pensar em direitos reprodutivos das mulheres, mas também devido à Conferência de Beijing<sup>35</sup> (1995), em que teria havido a incorporação da perspectiva de direitos sexuais e, assim, criado um lastro feminista para pensar o parto também a partir do binômio legal direitos sexuais e reprodutivos. Esses documentos, segundo Diniz em recente comunicação oral (III Conferência da ReHuna – Brasília, nov. 2010), teriam aproximado, ainda mais, o feminismo da temática da parturição e da violência institucional suportada por algumas das mulheres brasileiras e, de outro lado, porque a própria Organização Mundial de Saúde ter-se-ia assim se posicionado sobre o assunto, nos seguintes termos:

A proteção e a promoção dos direitos humanos das mulheres podem ajudar a assegurar que todas as mulheres tenham o direito a: tomar decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção e violência, com base na mais completa informação e ter acesso a serviços e informação de qualidade, antes, durante e depois da gravidez e do parto. (WHO, 1998)

Por essa razão, parece impossível não perceber a relação entre essas ações feministas e a constituição do que depois vem, nos anos 2000, a ser denominado de “parto humanizado” ou ideário da “humanização do parto e do nascimento”, pois, de certa maneira, as feministas já propunham, com vinte anos de antecedência, uma assistência médica humanizada para as mulheres, em que a mulher viesse a ser mais cliente do que paciente, em que fosse estimulado o diálogo e uma corresponsabilidade pela saúde e tratamento entre

---

<sup>33</sup>II Conferência Internacional de Direitos Humanos de Viena, 1993.

<sup>34</sup>Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, 1994

<sup>35</sup>IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, 1995.

médicos e usuárias dos serviços e em que o corpo da mulher fosse percebido como muito mais do que abrigo para uma criança ou como algo a ser compreendido por partes e isoladamente.

Dessa forma, recorrendo a outro artigo, segundo o qual Scavone (2003) defende a necessidade de pensarmos no atravessamento das três fases dos feminismos na sociedade brasileira, tendo a caracterizar os anos 80 como um período muito importante, no qual a maternidade e o parto foram definidos com maior destaque e, assim, como pontos de demanda por direitos específicos e de reconhecimento das diferenças. Por isso, uma fase bastante diferente dos anos 60 e 70, em que a preocupação recaía mais sobre os direitos políticos, sobre a igualdade entre os sexos e sobre a negação da maternidade-mandato. Entretanto, ainda assim, tendo a perceber os anos 80 como um híbrido das fases feministas diferencialista e igualitarista, à medida que as demandas feministas tinham por norte a assistência médica diferenciada, mas, também enquanto questão legal e marcadamente jurídica. Nessa direção, pode-se pensar que

Subjacente a este preceito repousava a noção do liberalismo clássico do indivíduo livre e de direitos que reivindicava, no feminismo, a capacidade de dispor de seu próprio corpo. Para além da herança liberal contida neste princípio, a crítica ao controle social do corpo das mulheres afinava-se com uma proposta mais radical, que rompia com a tradição feminista ancorada na luta pelos direitos civis: a (re) apropriação do corpo significava trazer as questões do domínio privado para o debate público e, mais ainda, fazia do corpo um sujeito político, politizando o espaço privado em sua mais recôndita intimidade. Já não se tratava de ampliação de direitos, ou somente da conquista de direitos específicos, mas, sobretudo, de questionar profundamente as relações de gênero que perpassavam o conjunto das relações sociais (Scavone, 2003:45).

Diante disso, concordo com Scavone quanto à impossibilidade de compreender as fases feministas de maneira estanque, também quando se pensa sobre maternidade e parto, à

medida que, usando suas palavras, no Brasil, “a luta por direitos sociais se associa à luta pelos direitos individuais e específicos e vice-versa. Assim, nos encontramos seguidamente circulando entre os diferentes períodos feministas assinalados” (2003:16).

De outra parte, se maternidade e parto puderam ser temas para reflexão, em minha leitura, não chegaram a ser no sentido de sua representatividade para cada mulher, enquanto experiência, como parece acontecer contemporaneamente entre as adeptas de outros modos de parir. De outro lado, as feministas e as mulheres em geral ou os movimentos de mulheres, estiveram separadas nessas décadas, pois enquanto as primeiras tematizaram a saúde da mulher, essas outras estiveram mais preocupadas com as questões de infraestrutura social, sem se importar com a saúde da mulher especificamente; já, hoje, bastante diferentemente, o que se percebe é que as mulheres, em geral, são as que têm pautado a reinvenção da maternidade e do parto, enquanto as feministas, a partir da década de 1990, parecem ter perdido um pouco o interesse pelo tema, talvez por considerá-lo prosaico e por terem passado a se dedicar e a pensar mais em maternidades contra-hegemônicas, em tempos de assistência reprodutiva, de maternidades lésbicas e de maternidades monoparentais.

#### **Feminismos por outras maternidades e partos: propostas de uma outra ordem simbólica**

No mesmo período, do outro lado do mar, na Europa, entretanto, desenhava-se outro modo feminista de se perceber a maternidade e o parto: as correntes francesa, italiana e espanhola do “feminismo da diferença sexual”, que talvez pudessem ser interpretadas como do segundo momento feminista suscitado por Scavone (2001), porém, em outro sentido, talvez as mais aptas a traduzir o que as adeptas de outros modos de parir têm atualmente sinalizado com suas práticas e relatos. Em função disso, ainda que esta tese se situe no Brasil, parece-me interessante recuperar tais propostas. Para tanto, iniciarei com a primeira das feministas a empreender essa outra proposta: Luce Irigaray.

Irigaray, em sua tese de doutorado (1974), além de ter defendido uma capacidade libidinal feminina própria e a necessidade de uma ordem simbólica que dela pudesse dar conta, como visto no capítulo anterior, teria também ressaltado o apagamento da figura materna no interior do pensamento patriarcal e androcêntrico. Segundo a antropóloga espanhola Sanahuya YII (2002), Irigaray ter-se-ia posicionado dessa maneira em razão de partir do entendimento de que a lei do pai havia censurado o desejo da mãe e de que nossa sociedade e nossa cultura funcionariam originalmente sobre um matricídio, a saber, um assassinato anterior à morte do pai teorizado por Freud em *Totem e Tabu* (1913). Desse modo, na leitura de Irigaray, para o surgimento da ordem patriarcal, a mãe teria sido assassinada, e apagada e, assim, proibida pelo pai no que tange ao seu corpo a corpo com a prole e ao imaginário e ao simbólico de vida intrauterina, desencadeando o desaparecimento do que a Sanahuya YII denominou de *cultura del nacimiento* e de uma genealogia feminina. Segundo suas palavras:

De este modo se destruye la genealogía femenina (Irigaray, 1987, 111), en especial su dimensión divina. Así, Zeus es el dios sin equivalente femenino. Afrodita y Palas Atenea no nacen de cuerpo de madre; la primera es obra de la espuma del mar, que, a su vez, resulta del espermatozoide de Urano, cuando el sexo de éste es cortado y arrojado al océano por su propio hijo; la segunda nace de la cabeza de Zeus, Ifigenia es separada de su madre para ser ofrecida en holocausto a los dioses por su padre Agamenón durante la guerra de Troya. Eva viene al mundo sin madre, su origen es la costilla de Adán. María es alejada de su madre por el matrimonio con el señor. Resulta, pues, necesario, según Irigaray, construir un nuevo orden simbólico en el que el cuerpo y el deseo sean elementos constitutivos fundamentales de la identidad femenina, así como reapropiarse de las figuras míticas femeninas colonizadas por el poder patriarcal (SANAHUYA YII, 2002:42)

Em um plano psicanalítico, a filósofa francesa teria proposto como caminho para a saúde mental feminina não mais a superação do complexo de Édipo, mas outra economia

psíquica, que se nutriria dos primeiros contatos com a mãe, entre mães e filhas, partindo do pressuposto de que o patriarcado, em sua interpretação, teria arrastado as mulheres para o mundo masculino, apagando a figura materna e destruindo a possibilidade de construção de uma genealogia feminina que valorizasse e positivasse o significante mulher.

Segundo Bochetti (1996), autora que também busca compreender a proposta de Irigaray, o abandono do corpo da mãe com o nascimento é uma experiência comum para ambos os sexos, contudo, o abandono da figura simbólica da mãe para o ingresso na ordem do pai seria exclusivamente feminino e representaria para a mulher o abandono de si mesma. Dessa forma, a menina, percebendo uma desvalorização por parte dos outros quanto ao sexo de sua mãe e, por consequência, também seu, tentaria escapar do significante de mulher e de si mesma. Nesse sentido, a desvalorização social da mãe e da mulher, em geral, desencadearia a impossibilidade da genealogia feminina, tendo em vista a tentativa de fuga das filhas de determinadas grades leituras que, em tese, hierarquizariam masculino versus feminino, tornando o último inferior. De outro lado, essa passagem psíquica não aconteceria de modo problemático para os homens que, ao escaparem da mãe desvalorizada, ingressariam na ordem masculina, não perdendo a significação conferida ao seu sexo. Por isso, Bochetti, ao interpretar Irigaray, prenuncia a existência de uma miséria simbólica entre as mulheres e sugere que, para sua reversão, é necessária a difusão de palavras e experiências propriamente femininas.

Se Irigaray escreveu sobre a importância de recuperar a positividade materna no final da década de 1970 e, assim, passou a sustentar a importância da diferença sexual, na Itália, no mesmo período, no grupo da filósofa feminista italiana Luisa Muraro, despontou a mesma aposta, em um contexto de lutas anti-institucionais e de práticas de autoconsciência entre mulheres. Esse grupo de feministas que se reunia na Livraria de Mulheres de Milão para discutir a existência de uma linguagem capaz de expressar a diferença sexual nas obras de grandes autoras como Jane Austen, Gertrude Stein, Silvia Plath e Virginia Woolf teria passado a editar suas idéias e suas ponderações na Revista *Sottosopra*. Como pondera Sanahuya YII (2002:45), na realidade, procuravam uma linguagem que exteriorizasse a potência simbólica da figura materna no enalço da genealogia produzida pelas próprias

mulheres. Desse círculo nasce, depois, em 1984, na Universidade de Verona, o grupo *Diotima*, – um coletivo feminista da diferença sexual – e a partir dele as principais idéias de Muraro passam a circular, principalmente, depois da publicação de *El Orden simbólico de la madre* (1994). Em linhas gerais, o *Diotima* propugnava uma transmutação do simbólico, entendido como intimamente relacionado ao social, como produto e produtor de cultura e como o que dá sentido à realidade, reclassificando a experiência e nessa direção buscava “mucho más que una simple reforma de orden social o una gestión del existente: se trata más bien de producir un corte simbólico sobre lo real, que abra al mundo nuevos sentidos y significados imprevistos” (SANAHUYA YII, 2002:47).

Essas feministas italianas procuravam uma linguagem que mantivesse estreita relação com a experiência feminina, para significá-la e não cancelá-la, no sentido contrário do que, no entender delas, teria feito a ordem do discurso patriarcal com o cancelamento do corpo feminino e da figura materna, tratando-se, dessa forma, de um processo de subjetivação que perseguia uma linguagem capaz de manter significativa a dualidade do ser humano. Em razão disso, a política que mais importava não era a política partidária ou a que reivindicava direitos iguais, mas a política entre mulheres, a partir de si e para si e para a positivação da figura feminina; por isso, o direito à igualdade era, de certa maneira, posto em segundo plano e em nome de uma relação entre mulheres e para a transformação do simbólico.

Na realidade, essas feministas italianas pouco se orientavam a propostas políticas e a agendas de mobilização que, em nome da igualdade entre homens e mulheres, as instalassem na condição de vítimas e de desfavorecidas, posto que pretendiam justamente o contrário, a saber, lugares, tempos e espaços de significação nos quais a mulher não precisasse de um referente masculino, tampouco fosse lida a partir de uma grade hierárquica inferiorizada (SANAHUYA YII, 2002:48-51). Para isso, para essa nova configuração simbólica, a figura materna era a base, à medida que dela entendiam que decorreria o não apagamento de um modo de viver e de pensar femininos, posto que, uma vez valorizada a mãe e a mulher, a ela caberia a construção e a apresentação de outros modos de existência para aqueles que nasciam e que, ao cuidar, introduziria na cultura.

Vale ressaltar que, nesse diapasão, uma das bases para o pensamento das feministas do *Diotima* é também a idéia de autoridade feminina, entendida a partir de sua etimologia e do verbo *augere*, a saber, “fazer crescer, dar força e desenvolver” (SANAHUYA YIL, 2002:51). Nesse sentido, tendem a considerar que o sentido da palavra autoridade teria sido corrompido pela ordem patriarcal e que, em função disso, é preciso desvendá-la e desconectá-la da idéia de poder. Para isso, estabelecem que o poder implica coação física, psíquica e econômica, que oprimiria e submeteria, enquanto a autoridade excluiria qualquer forma de coação e comportaria uma dimensão de aconselhamento que sinalizaria sua relação com a liberdade. Por outro prisma, entendiam que o poder ordena um conteúdo preciso e que a autoridade, por sua vez, não transmite nenhum conteúdo pré-determinado, funcionando mais como um ponto de vista. De mesmo modo, consideravam que o poder se exerce, enquanto a autoridade seria reconhecida livremente e que, por isso, seria relacional e implicaria uma relação de confiança, enquanto o poder resvalaria para a hierarquia, a autoridade feminina, em contrapartida, indicaria mediação. Por último, entendem que é preciso diferenciar o conflito do enfrentamento a partir da noção que carregam de autoridade, pois nesse impasse existiria espaço para a produção de novos significados, enquanto no enfrentamento, não. Se assim desenham a autoridade, alojam a possibilidade de seu exercício e desenvolvimento em um lugar e em um sexo, que, nesse contexto, não é entendido como algo atado ao corpo, mas como um modo de ver o mundo e apreensão simbólica da existência. Dessa maneira, essa autoridade situa-se na figura materna, à medida que partem da premissa de que caberia à mãe “aconselhar para fazer crescer”.

Pode-se dizer que *El orden simbólico de la madre* (1994), a despeito de ser bastante criticado e considerado essencialista, opera, ainda hoje, como o grande norte do grupo e de suas propostas de liberação da mulher. De certa forma, esse escrito coaduna os pontos de partida que orientam não somente a corrente italiana, mas também a corrente espanhola do “feminismo da diferença sexual”<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup>Digo desse modelo de feminismo da diferença sexual pelo fato de, no interior do pensamento feminista, existir outras orientações pautadas na idéia de diferença, como é o caso das feministas negras, lésbicas, pactuadas com os estudos pós-estruturalistas, pós-coloniais ou no pensamento da diferença de Deleuze e Derrida.

No decorrer de suas páginas, Muraro (1994) sustenta a existência de outro imaginário, construído e tecido por ocasião do nascimento e da aquisição da fala, na relação mãe-criatura. Desse modo, para a autora, experiência e fala aconteceriam a um só tempo, nesse momento primário e mediante a mediação materna, cujos ensinamentos e características seriam, basicamente, o amor, o afeto e a relação, em tese, desprovidos de hierarquias e de classificações que inferiorizariam, em que pese dotados de autoridade. Essa mãe, em seu entender, apresentaria e inseriria suas criaturas nesse universo simbólico por meio de linguagem também própria: *la lengua materna*, e essa seria, portanto, a primeira ordem simbólica de todos os seres humanos, em ordem de aquisição e não em valoração. Dessa maneira, a ordem paterna teria vindo depois, sobrepondo-se, ocupando o seu espaço e apagando sua força, sem, contudo, extinguir a primeira; na realidade, as duas coexistiriam e o que teria acontecido é a opção de algumas mulheres e homens pela materna, enquanto a maioria dos indivíduos teria migrado para a lei do pai. Segundo Muraro, essa última ordem é a que hoje se encontra presente nas instituições, na política e nas relações de poder. Sendo assim, em seu tratamento do tema, ainda que a ordem materna persista, a paterna seria a predominante, tanto nas ações e nas posturas cotidianas, quanto nos modos de se relacionar, de governar e de administrar a sociedade. Diante dessas conclusões, há quem diga que Muraro somente teria trocado o pai pela mãe no que se refere ao corte simbólico, conferindo privilégio à palavra materna. Se assim tem sido interpretada e criticada, procurando justificar seu empreendimento e rebater esse conjunto de impressões, recentemente se posicionou da seguinte maneira:

Hay un mito, o mejor, un fragmento, del gran mito de Deméter, que consigue condensar magníficamente la intención de mi libro en lo que tiene de claro y latente. Después del rapto de su hija Core, Deméter, la madre muerta por excelencia, vaga por la tierra negándose a comer, a dormir, a ser consolada. Pero los órficos contaban una historia de consolación de la Diosa. Por el camino entre Atenas y Eleusis, Deméter dio con una casa humilde en el que fue acogida con hospitalidad. Baubo, la dueña, le ofreció una bebida reparadora que la Diosa rechazó. Entonces Baubo se sentó

frente a ella, abrió las piernas y se hubo las faldas enseñando su cuerpo poco atractivo. En ese momento, el niño que llevaba en el vientre, Yaco, se echó a reír. Se rió también la Diosa y, riendo, aceptó la bebida. André Green, que no cita el mito y parece no darse cuenta del eco mitológico de sus propias palabras, cuenta que el sujeto que él tiene en tratamiento hizo precisamente esto de recién nacido, o lo hace ahora como paciente, para con la madre muerta: reanimarla, interesarla, distraerla, traerle el gusto de la vida, hacerla reír y sonreír. Y que podríamos pensar que hace la autora de *El orden simbólico de la madre*: restituírle a la madre algo que le ha sido arrebatado: la libertad, la alegría, una hija o ella misma mujer... (Revista, DUODA, 31:2006)

Feita essa recuperação teórica, se Muraro se inspirou em Irigaray, a historiadora espanhola Garretas, autora de *El cuerpo indispensable* (2001), e também seu grupo de pesquisa feminista, o DUODA, sediado na Universidade de Barcelona, ter-se-iam, em seguida, inspirado em Luisa Muraro e dado seguimento aos aportes desse modelo de feminismo da diferença sexual. O *Centre de Recerca de Dones Duoda*, desde sua criação, em 1990, edita semestralmente a Revista DUODA – Estudos Feministas, partilhando do argumento da existência da autoridade feminina, língua e ordem simbólica materna. Entre as feministas que o compõem opera a perspectiva de que é importante uma relação solidária e produtiva entre mulheres e de uma política a partir de si para a positivação de modos femininos de se apreender o mundo. Desse modo, ao conjugar a corrente italiana com algumas pensadoras espanholas, como é o caso da filósofa Maria Zambrano, as mulheres do DUODA escrevem sobre poética, arte e mística femininas, tendo por pressuposto a diferença sexual a partir de um corpo que é interpretado como capacidade de experimentar. Em outro sentido, ainda que escrevam pouco sobre parto especificamente, assim como acontece com as italianas, muito escrevem e têm refletido sobre a possibilidade de outra maternidade, entendida como potência criativa e como possibilidade de estruturação de modos de existência femininos.

Se essas três orientações feministas trabalham a partir de outra conotação da figura materna e, portanto, de maternidade, vêm conjugadas aos empreendimentos de outra feminista

francesa, que não poderia deixar de ser recuperada, a historiadora Yvonne Knibiehler que, desde a década de 1980, se dedica à historiografia da maternidade e ao estudo de sua interface com o feminismo. Knibiehler, declarando-se abertamente feminista da segunda onda, relata ter sido discriminada no interior do próprio movimento, em virtude de, por um lado, defender o aborto, a sexualidade, o poder e o acesso ao trabalho e, de outro, estar convencida de que a maternidade importa igualmente e constitui a subjetividade feminina. Em sua leitura, o movimento dos anos de 1970 teria ignorado esse viés da maternidade, pondo, de um lado, o feminismo e, de outro, as mulheres que queriam ser mães; no entanto, em sua opinião, em razão de o feminismo ser a outra face do humanismo e pregar o desabrochamento pleno da pessoa humana, as feministas deveriam perceber na maternidade muito mais do que narcisismo e júbilo pessoal; deveriam apreendê-la como função social e acontecimento desejado por muitas mulheres, que a percebem como constituição pessoal e como processo existencial. Por pensar assim, em uma publicação bastante recente *Qui gardera lês enfants?* (2007), Knibiehler critica não só a perspectiva feminista de maternidade das décadas anteriores, mas também a atual, ressaltando uma dimensão transcendente e pessoal da maternidade, que comportaria um sentido de autorrealização. Por isso, teria salientado esperar que “aquelas - e aqueles - que se disserem feministas compreendam que é preciso, sim, ajudar as mulheres a não ser mães quando elas não querem ser, mas que também é preciso ajudá-las quando elas desejam ter filhos” (Folha de São Paulo, 2007)

Desta feita, perante esse sucinto mapeamento teórico, percebe-se a existência de correntes feministas que abordaram e têm abordado a temática da maternidade por outro prisma, diferente daquele da maternidade a ser combatida e muito menos daquele da maternidade como o que reitera a dicotomia produção versus reprodução e que, assim, consolida a dominação masculina e o aprisionamento de corpos a embalagens biológicas. Sendo assim, enquanto no Brasil vivia-se a demanda por direitos, pela saúde e pela emancipação da mulher da maternidade obrigatória, as espanholas, as italianas e as francesas difundiam seus escritos e propugnavam outras possibilidades simbólicas de vivenciar a maternidade. Ou então, se aqui as mulheres seguiam presas às demandas por leitões para que não fossem tratadas como “embalagens de feto” (Diniz, 2000), em outros lugares, já circulava a

importância do significado da maternidade e da figura materna, ainda que essas feministas também não tivessem se dedicado especificamente à representação do parto para as mulheres que o experimentavam.

Partindo dessa constatação, no limite, tendo a indicar a multiplicidade de representações de maternidade, assim como da relação que pode vir a ser tecida entre a maternidade e os feminismos, a partir de suas tentativas de desconstrução de determinadas noções que se tem de mulher. É certo que temos de considerar as diferenças sociais, políticas, étnicas e econômicas que separam o Norte do Sul, bem como as desigualdades internas no próprio Sul, no entanto, meu intuito neste tópico foi mais o de apontar para a multiplicidade de perspectivas e de conexões que puderam e ainda podem ser estabelecidas entre maternidades e feminismos, bem como sugerir que tais orientações feministas européias, suas críticas e propostas, no limite, podem ajudar a pensar sobre a questão além das interpretações hegemônicas de maternidade e a partir de meu material etnográfico.

### **Maternidade contratada e maternidade experiência**

Em continuidade à problematização da noção de maternidade no seio do pensamento feminista, acredito valer a pena recuperar também outra abordagem da temática, a que procura diferenciar a maternidade exercida no interior do contrato social de outra, que pode ser bastante diferente. Essa frente de tematização parece dialogar com a da nova significação simbólica da figura da mãe acima descrita, além de acrescentar outros pontos importantes para o debate, razão por que me dedicarei agora à sua recuperação.

Victoria Sau, filósofa feminista que por um tempo pertenceu ao centro de pesquisa espanhol DUODA, em *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna* (2004), defende a tese de que, no patriarcado, a figura da mãe ter-se-ia transformado na *madre-función-del-padre* ou  $m=f(P)$  e que, por isso, teríamos passado a viver órfãos de mãe. Segundo suas linhas, a maternidade teria sido sequestrada para o espaço biopsicológico e teria, por isso, perdido sua capacidade transcendente para os planos da ordem simbólica e da cultural. Em seu entender, com o advento da ordem simbólica do pai, o que teria

acontecido bem antes da modernidade, a figura da mãe tornar-se-ia gradativamente fagocitária e apagada, prevalecendo só um ser a ser nomeado: o homem e o pai e, o que acarretaria o vazio da maternidade. De maneira bem próxima a Muraro, a autora catalã pondera que “se ha perdido el orden simbólico de la madre” (2004:17), pontuando também a necessidade de reconciliação com essa figura, algo que passaria pelo amor *a pesar de todo* à figura materna e não mais pela sua resistência, por ela, identificada entre as mulheres da contemporaneidade. Essa resistência, em sua leitura, viria de uma necessidade de que as mulheres teriam de não repetir novamente os papéis desempenhados por suas mães, da necessidade de escaparem do exercício da maternidade mandato e biológica, que as encarcera e as aliena dos espaços de debate público e das demais dimensões de realização existencial. Seu argumento, portanto, coincide com o sentido de Bochetti quanto à fuga da menina para a ordem simbólica paterna diante da desvalorização social de sua mãe em razão de seu sexo. Dessa maneira, decepcionadas com a ausência de poder da mãe e por sua inferioridade social, procurariam resistir, negando suas trajetórias e escolhas. Essa seria a resistência apresentada pelas filhas às suas mães, razão por que, ainda quanto a essa resistência, a autora chega a perguntar e depois a refletir:

¿Acaso Virginia Woolf y Silvia Plath no pasaron por esta reconciliación? Solo se puede amar verdaderamente a la madre si antes se la ha odiado. Porque la odiada es la impostora, mientras que la amada es la huérfana que hay en ella, la otra hija mayor, tan hija como la hija misma. Ella hizo de madre como pudo. A veces se quitó la vida; a veces la asesinaron; en ocasiones se fugó y no se volvió a saber de ella; la violaban de vez en cuando; otras terminó en un psiquiátrico. Muchas, a pesar de todo, cumplieron como pudieron hasta el fin de sus días. Como los detenidos de un campo de concentración, estaban pasmadas por no saber qué hacían allí, quien las había puesto y por qué. Rodeadas de ollas, de niños, de horarios, de prohibiciones, de obligaciones, de parientes políticos, del que dirán; economistas de la pobreza familiar, primeras en dar, últimas en pedir. Saliendo adelante a pesar de haber sido maltratadas, abandonadas, burladas, engañadas. (SAU, 2004:110)

No es seguro que toda las mujeres sean madres o vayan a serlo un día; ni que todos los hombres sean padres o lleguen a serlo. Pero en cambio sí que es universal que todo ser humano viviente, de cualquier edad, sexo y condición, ha nacido de mujer y es hija o hijo. Y es la universalidad de esta mirada y su derecho a ver lo que ha inspirado estas páginas. (SAU, 2004:10)

Contudo, quanto à suas ponderações, inicialmente há a necessidade de reconhecer a pouca precisão sobre quando ou em que período histórico a mulher-mãe teria sido valorizada e reconhecida de outra maneira, pois Sau escreve sobre o desaparecimento da maternidade experiência e *entrañable*, mas pouco situa sua existência, suas configurações e suas fontes comprobatórias de existência. Desse modo, ainda que trabalhe com esse vazio, pouco fundamenta o período de sua existência, restando a impressão de que nos remete a um tempo que poderia ser apreendido como os tempos do matriarcado perdido, que, como se sabe, é cercado de controvérsias e de poucas respostas historiográficas.

No entanto, em que pesem essas ressalvas, é interessante trazer à tona o problematizado pela filósofa, à medida que critica o exercício vigente da maternidade e ressalta a existência do seu aspecto transcendente de modo semelhante à Knibiehler (2007). Dessa forma, se Beauvoir, na obra de 1949, entende a impossibilidade de transcendência feminina como decorrência da maternidade e do suposto aprisionamento ao corpo e ao materialismo, essa autora explora outras dimensões da questão. Para Sau, a maternidade teria também uma entrada no universo simbólico e cultural, entendendo essa inserção e participação social como transcendência, ou seja, como produção de conhecimento e de poder. Nesse sentido, Sau, e não somente ela, mas todas as feministas da diferença sexual ora anunciadas, parecem partilhar de Rodrigáñez (2008) e de sua proposta de um *feminismo de la recuperación*, cujo ponto de partida é a reconciliação com figura materna que não vem à disposição do pai e de seu sistema social, mas enquanto particularidade e potência feminina.

Para reflexões como essas, quanto à existência de outras práticas de maternidade que não em sua concepção moderna, inegável é também a contribuição de Adrienne Rich, poetisa e feminista norte-americana, autora de *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (1996), pois, assim como Sau pondera acerca da existência de uma maternidade patriarcal, por ela entendida como a “maternidade contratada”, que é pactuada em nome de uma determinada ordem social. Em seu prólogo, vê-se de início quanto influenciou as autoras antes referidas, quando assevera que a única experiência unificadora, inegável, compartilhada por homens e mulheres, seria a dos meses em que se passa dentro de um corpo de mulher desenvolvendo-se, fato esse que estabelece a relação entre o amor e a decepção, o poder e a ternura na pessoa de uma mulher e indica a importância da figura materna para todo ser humano (RICH, 1996:45).

Nessa obra, o seu objetivo principal é distinguir dois significados de maternidade sobrepostos desde a modernidade e ainda contemporaneamente: a relação potencial de qualquer mulher com sua capacidade de reprodução e com os filhos – “maternidade enquanto experiência” - e a “institucional”, cujo objetivo seria assegurar que este potencial das mulheres permanecesse sob o controle masculino – a “maternidade pactuada”. Essa maternidade instituição teria sido, segundo ela, a chave para muitos e diferentes sistemas sociais e políticos e surpreendentemente teria produzido uma contradição fundamental, a de que as mulheres tenham terminado alienadas de seus próprios corpos ainda que, a um só tempo, neles também tenham terminado encarceradas (RICH, 1996:47). Contudo, o interessante para esta tese é que seu desejo de escrever sobre esse tema é devido ao fato de que a teoria feminista americana dos anos de 1970 pouco o teria explorado (RICH, 1996:50).

Rich recupera leituras que apontam para a existência do matriarcado como as de Banchofen, *Mother right: an investigation of the religious and juridical character of matriarchy in the Ancient World* (1861), e de Briffault, *The Mothers* (1927), para citar os mais conhecidos, bem como retoma, em seu capítulo 4, escritos arqueológicos sobre os períodos neolíticos e paleolíticos, mas não sem tomar distância e ponderar acerca da fragilidade histórica dessas obras. Na realidade, em muitos sentidos, as critica, procurando

mais por interpretações acerca do vínculo mãe-criatura e da significação da mulher em outras culturas e tempos, na recusa do termo matriarcado e em nome de sistemas de organização social “ginocêntricos” (1996:152). Em sua apreensão, os aspectos sagrados e transcendentais da maternidade, presentes nesses sistemas, teriam deixado de ser considerados em nome de uma maternidade puramente corporal, materialista e contratada no pacto social, a saber,

A partir de una mezcla de frustración afectiva y sexual, necesidad ciega, fuerza física, ignorancia e inteligencia separada de su fundamento emocional, el hombre del sistema patriarcal creó una estructura que volvió contra la mujer la propia naturaleza femenina, que había sido hasta entonces la fuente del respeto reverencial que producía, su poder original. En cierto modo, la evolución de la mujer sufrió un proceso de mutilación tal que no podemos imaginar ahora lo que podría haber llegado a ser; solo podemos intentar dejar que su rumbo lo marquen, por fin, manos femeninas. La relación madre-hija o madre-hijo es la relación humana esencial. Con la creación de la familia patriarcal, se violentó esa unidad humana fundamental. No se trata simplemente de que la mujer, con todas sus capacidades y transcendencia, haya sido domesticada y confinada dentro de unos límites estrictamente definidos. Es que, incluso reducida a un solo aspecto de su ser – el maternal -, sigue siendo objeto de desconfianza, sospecha y misoginia, en forma tanto abierta como insidiosa. Y los órganos reproductores femeninos, la matriz de la vida humana, se han convertido en un blanco importante de la tecnología patriarcal. (1996:197)

Em meu trabalho, filiando-me ao pensamento foucaultiano, gostaria de pensar que essas genealogias e consideração de sistemas ginecocêntricos podem muito mais ajudar-nos a problematizar a contemporaneidade do que servir de exemplo para que se busque retomar algo abandonado. Nesse sentido, para funcionar mais como o que “agita o que se percebia

imóvel, fragmenta o que se pensava unido e mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo” (Foucault, 1993:21). Dessa maneira, remontar à Grécia, como Sau ou como Rodrigáñez e Rich, é interessante para desnaturalizar e indagar representações tidas como únicas e verdadeiras, para desconstruí-las e problematizá-las, ou seja, para pensar na possibilidade de maternidades diferentes, porque, em contrapartida, pensar em algo perdido, talvez pudesse sugerir um modo especial de ser mãe a ser reencontrado, quando Badinter (1986) já teria apontado para o contrário, para a pluralidade de exercícios e de apreensões da maternidade, entre mulheres, sociedades e épocas distintas.

Sobre os aportes de empreendimentos como esses, Bengoechea, ao escrever o posfácio de sua edição espanhola de Rich (1996), pontua os benefícios das interpretações de Rich para a teoria feminista, à medida que a poetisa adota uma perspectiva subjetiva e objetiva em favor da maternidade e contra a sua institucionalização. Em sua apreensão, perspectivas como essas permitem a solidariedade entre mães e filhas que, antes, reiteravam a contratualidade da maternidade, pondo fim, assim, à “matrofobia” presente no século 20, período em que, de acordo com Sau e Rich, um número significativo de filhas passou a negar suas mães por conta da maternidade por elas exercida, que as teriam privado de experiências de gozo pessoais e profissionais. Em razão disso, acredita que Rich traga à tona a possibilidade de se viver a gestação, o parto e a lactância atravessados pela sensualidade dos corpos, que nessas etapas se transformam, dando expressão às sensações físicas e psíquicas, propiciando que essas experiências sejam postas em palavras pelas próprias mulheres.

Para Simone de Beauvoir, a mãe era quase sempre uma mulher sem satisfações, sexualmente frígida ou insatisfeita, socialmente inferior ao homem, com pouca incidência sobre o mundo e cujo destino, quase sempre, era dirigir aos filhos sua frustração decorrente de tantas limitações. De outra parte, o objetivo de Rich é multiplicar as possibilidades de seu exercício, descolando-a da maternidade institucional, definida pelas leis civis e religiosas, bem como pelo falso sentimentalismo e pelas manifestações artísticas que na época a expressavam (1996:411). Dessa maneira, se

Simone de Beauvoir eligió no tener descendencia, Shulamith Firestone propugno liberar a la mujer de la esclavitud de la maternidad mediante métodos de reproducción artificial, y la marxista británica Juliet Mitchell abogó por fuera el Estado el encargado de la crianza y educación de la infancia. Rich, sin embargo, prefiere concebir la biología femenina como un conjunto de recursos, no un destino, y reclamar la potencia de la función creadora femenina (BENGOECHEA apud RICH, 1996:413)

Em minha interpretação, Rich apresenta uma proposta de pensamento a partir do corpo, de um corpo pensante, cuja autoria só pode ser daquela que sente e com ele experimenta. Nesse sentido, a maternidade enquanto experiência defendida tende a ser a experimentada e posta em palavras pelas próprias mulheres, de acordo com suas grades de leitura, possibilidade de transcendência e de construção cultural, podendo ser, conseqüentemente, um ato criativo. De fato, o corpo, em sua obra, tem grande destaque, posto que tido como ponto de partida para a leitura do mundo, veículo de conhecimento e de poder. Por isso, em seu entender, as mulheres e as feministas, inicialmente, teriam de aceitar que o físico não é uma negação da mente, para, assim, transformarem, o corpo, de máquina, território ou deserto virgem a ser explorado, em um mundo presidido pelas próprias mulheres (Rich, 1996:402).

Em outras palavras, sua intenção para fazer do corpo o seu gênio, no encalço de “um tempo em que o corpo da mulher irá nascer das palavras das mulheres” (Elizabeth Ravoux-Rallo, 1984). Além disso, é uma das poucas autoras que escreve sobre o “parto alienado”, como o vivido nos hospitais e prescrito nos manuais de obstetrícia, sinalizando sua conexão com a maternidade do contrato social ou “contrato sexual” (Pateman, 1993). Em sua leitura, esse modelo de parto contribui para a consolidação da maternidade que não é experiência, à medida que cerceia as sensações, os sentimentos e as emoções da experiência de parir (Rich, 1996:235).

Diante dessa recuperação teórica, concluo que para esse conjunto de autoras revisitadas, o que importa é a construção de uma genealogia feminina que, enquanto prática e atitude feminista, implique na nomeação feminina de suas experiências, recuperação da figura da mãe e valorização da relação entre mulheres. Para tanto, para que maternidade e parto possam ser recriados e redesenhados, as experiências privadas precisam ser compartilhadas, rompendo tabus e abrindo caminhos para outras traduções, além de uma ordem simbólica que apaga a figura materna.

Feito esse breve mapeamento acerca de outras vozes feministas quanto à maternidade, poder-se-ia concluir pela existência de feminismos que, desde os anos de 1970 e 1980, pautam outras perspectivas da figura da mãe, de seu imaginário e da experiência da parturição. Parece inegável que tais correntes tenham influenciado determinadas propostas nacionais, como, a do Coletivo Feminista Sexualidade Saúde São Paulo; no entanto, ainda que tenham de algum modo repercutido em ações pontuais, acredito que, no Brasil dessa época, pouco se tenha pensado, e talvez ainda hoje, sobre a eventualidade de uma ordem simbólica materna, como a sustentada e defendida por esses feminismos da diferença sexual, a saber, a maternidade e o parto enquanto experiências...

### **Eu não sou feminista e não tem nada de feminista no meu parto**

De outra parte, entretanto, segundo as mulheres desta etnografia, suas práticas de parto “mais naturais”, atitudes e pensamentos não poderiam ser classificados como feministas, nada deveriam ao feminismo e tampouco se considerariam feministas; pelo contrário, como mencionei, ao ingressar em campo, no enalço da interface feminismo e parto humanizado, surpreendi-me com reações adversas e, por muitas vezes, negativas no que tange ao movimento e teoria feministas.

Estou cansada demais. O feminismo me colocou nesse lugar, tenho que trabalhar, ser mãe, mulher que cuida da casa.

Feminista eu? Não acredito!

Eu não vejo nada de feminismo na minha escolha. Pelo contrário, pelo feminismo eu não poderia estar aqui, querendo amamentar, sentido dor e tentando ser mãe.

Se eu pudesse ficaria um tempo em casa com meus filhos sim, sem problemas. Mas o mundo mudou tanto que tenho mil coisas para resolver e preciso ganhar dinheiro. Ah, como eu gostaria de poder estar em casa por um tempo.

Eu sou humanista, não gosto desse lance de feminismo, que separa homens e mulheres.

O bebê precisa mais da mulher mesmo nos primeiros meses, não tem jeito. O marido pode até ajudar, mas é a mãe que vai dar de mamar e que vai cuidar.

(notas de campo esparsas coletadas durante 2008-2010)

Existiram exceções, mas poucas quando e se comparadas com todo o universo de investigação. Em geral, as adeptas de outros modos de parir atualizavam e repetiam a perspectiva de que a maternidade se encontra em uma das margens do rio e a atuação feminista em outra. Em alguns momentos, havia certo interesse por esta pesquisa, quando eu dizia estar investigando as relações entre parto humanizado e modos de existência feministas. Entretanto, em que pese o interesse e certa admiração, poucas foram as situações em que um diálogo sobre esse ponto se estendeu, a não ser, como também já narrei, no encerramento da pesquisa de campo, quando de alguma maneira nos comunicamos de modo a entendermos nossos pontos de vista e pontos de partida, assim como minhas hipóteses investigativas. Praticamente nunca ouvi menção ao movimento feminista ou aos slogans “meu corpo me pertence” e “o pessoal é político” nos grupos, listas de discussão e outras oportunidades de encontros entre essas mulheres. Por outro

lado, quase nunca se falou sobre o movimento feminista pela saúde e pela maior liberdade sexual dos anos anteriores ou atuais e, nas entrevistas, quando indagadas, negavam a conexão entre o feminismo e o parto humanizado, ou não entendiam as ponderações de minhas questões. Para elas, parecia tratar-se de dois modos de estar no mundo, ou o feminista ou o materno, diferentes e separados – como se cada um estivesse de um lado do rio e com pouca possibilidade de cruzar de uma margem para a outra.

Contudo, como poderia compreender essa resistência ao feminismo? Por que razões essas mulheres ter-se-iam distanciado e posicionado contra o movimento com tal veemência? Uma hipótese é a de que essas mulheres são a geração do pós-feminismo, filhas das feministas mais incisivas dos anos de 1960, 1970 e 1980 e que, enquanto tais, já estão tão inseridas em um mundo um pouco mais equitativo, que pouco identificariam a necessidade de mais liberdade para as mulheres, como se as conquistas sociais, políticas e econômicas adquiridas durante esse período se tivessem tornado suficientes, como se houvesse uma naturalização da igualdade de gênero no que tange às oportunidades de estudo, de trabalho, de cidadania e no interior das relações de gênero e, assim, não fosse mais preciso pensar e agir em nome das mulheres. Sobre essa interpretação, muito elucidativo pode ser o artigo da historiadora Margareth Rago, “Feminizar é preciso, ou Por uma cultura filógina” (2002), pois, nesta oportunidade, a autora procura refletir sobre o olhar misógino dirigido não somente às mulheres, mas principalmente às feministas, tidas, em um passado recente e ainda hoje, como mal-amadas, dessexualizadas, infelizes e desajeitadas, tratando de problematizar posturas como essas em um mundo em vias do que entende por “feminização cultural”. Pertinente para os nossos propósitos ainda é o paradoxo que historiadora aponta quanto à avaliação que as mulheres da atualidade fazem das feministas:

Como se explica que as feministas, que lutaram pela redescoberta da sexualidade feminina fossem tachadas de dessexualizadas, ou no limite de lésbicas? Será que essas imagens se ancoravam em amplas constatações empíricas, isto é, eram todas as feministas virgens solteironas e homossexuais? E, afinal, por que até mesmo as mulheres, nem todas evidentemente, mas, sobretudo as das

gerações mais jovens não reconhecem o muito do que hoje conquistamos, as enormes possibilidades econômicas, sociais, sexuais e políticas abertas às mulheres, especialmente nas últimas três décadas, desde direitos civis à revalorização do corpo e à autonomia sexual, como um resultado das pressões e lutas associadas historicamente pelo feminismo? (RAGO, 2002)

Quanto ao movimento feminista, Rago conclui que não raro é ser considerado “coisa do passado”, em razão daquilo que denomina um “processo de eliminação da historicidade dos fenômenos”; em certo sentido, as pessoas esquecer-se-iam rapidamente das origens e dos atores de determinados processos, algo, por ela identificado, também com relação ao movimento hippie e ao anarquista. Diante disso, longe de querer responder sobre os motivos da reação misógina das mulheres para com as feministas da atualidade, a autora apresenta as questões e inquieta-se com a resistência ao reconhecimento de sua importância para uma mudança cada vez mais presente na sociedade atual.

De outro lado, outra hipótese é a sustentada por Badinter, bastante recentemente, em *Le conflict. La femme et la mère* (2010), em que trabalha com a eventualidade do retorno da ideologia da mãe moderna, o perigo do retrocesso e da (re)instalação da noção, nos dias atuais, de que às mulheres cabe a reprodução e aos homens à produção, bem como do regresso de categorias analíticas como natureza versus cultura, apreendidas de um discurso também ecologista. Segundo a filósofa, os países da Europa e os EUA estão vivendo “ofensiva naturalista” (2011:42), cujas consequências seriam, entre outras, o discurso da “maternidade ecológica”, adepta do parto natural, das fraldas de pano e da amamentação sem restrições. Para tanto, três discursos teriam contribuído decisivamente para o retorno da idéia da mãe por natureza de moldes rousseauianos: o da ecologia, o das ciências do comportamento e um novo feminismo essencialista. Badinter denomina essa conjuntura de “santa aliança dos reacionários” (2011:46) e atribui o seu nascimento aos anos de 1980/2010; entre as suas principais matrizes discursivas, situa a pediatria, que defende o contato “pele a pele” ou *bonding* entre mãe e criança; a idéia de que tudo que é natural é mais saudável; as correntes feministas guiadas por Carol Gilligan (1982) e alguns

estudos antropológicos que reforçaram a noção de instinto ou de *care* (Sarah Blaffer Hrdy. apud Badinter, 2010). Para a progressiva instalação desta “ofensiva”, a autora acredita ter sido importante também a crise econômica experimentada na Europa na década de 1990, que teria realocado as mulheres em suas casas, junto de uma crise da identidade feminina em tempos de notória igualdade de oportunidades e de tarefas entre homens e mulheres, pelo fato de as mulheres terem passado a ocupar postos de trabalho, espaços nas universidades e terem adquirido maior independência não somente econômica, mas também social. Em seu julgamento, as fronteiras entre masculino e feminino ter-se-iam apagado a tal ponto, que teria sido preciso recuperar algo de feminino, entrando, com este propósito, a recuperação da maternidade como marca distintiva de homens e mulheres (Badinter, 2011:12).

Badinter apresenta esse cenário em um tom temeroso no que tange à (re)instalação do mito do amor materno nos dias atuais e em que pese acreditar que as francesas ainda resistam a essa idéia e que tenham uma perspectiva de maternidade socialmente compartilhada, ou seja, conduzida também por seus companheiros e pelo Estado, pergunta-se até quando persistirá essa resistência ao modelo da “mãe natureza” (BADINTER, 2011:190). Se considerada essa possibilidade, as adeptas de outros modos de parir repetiriam inconscientemente algo já vivido. Poder-se-ia pensar também, como outra hipótese, que essas mulheres estariam insatisfeitas com a quantidade de tarefas que hoje acumulam, com a sua situação de “equilibristas de pratos” (notas de uma entrevista de campo, 2009), portadoras de múltiplas tarefas – mãe, amante e profissional, condição essa que elas atribuiriam aos requerimentos feministas ou, ainda, em outro sentido, à insatisfação com a sua existência atual e, por isso, teriam buscado na maternidade - negada pela atualidade e pela possibilidade de crescimento individual e profissional - para se sentirem, de alguma maneira, completas. Nesse sentido, seriam mulheres que decidiram perseguir algo que faltava, ainda que esse preenchimento – o da maternidade - aparecesse simbolizado como privação, por isso, resistindo a determinadas noções do que é ser uma mulher bem-sucedida no Brasil dos anos 2000.

De fato, muitas poderiam ser as explicações para a negação da condição de feministas, por isso a questão fica aqui em aberto e para ser problematizada pelos leitores e futuras investigações. Não obstante, interessante é pontuar a existência dessa espécie de rechaço ou de negação do feminismo que as mulheres desta etnografia, que parecem ser tão emancipadas, têm apresentado atualmente. Nessa direção, elas não enxergam nada de feminista em seus partos, escolhas e atitudes, a despeito de denominarem-no “parto ativo” e “parto consciente” e de se organizarem em listas, grupos e redes nacionais, participando do movimento de humanização do nascimento na qualidade de usuárias. Além disso, criam *blogs* para relatos de parto e difusão de informação, participam de campanhas para amamentação, paternidade reconhecida e efetiva, redução do número de cesáreas e até mesmo denunciam o que consideram abuso da realidade obstétrica perante organismos como o Ministério da Saúde. Essas, as não feministas, mas mulheres do movimento do parto humanizado, é que, ao que tudo indica, hoje, contrariamente aos anos de 1980, estão à frente da apresentação, debate e crítica da questão da cesárea no Brasil, assim como do controle dos corpos femininos por parte da medicina, ou seja, se antes eram as feministas, ora são as mulheres do movimento de mulheres, que se entendem diferentes das feministas de hoje ou de outrora, que têm procurado questionar tais pontos. Dessa forma, parece ter ocorrido uma inversão, mas cada um desses dois grupos continua em margens diferentes.

Dito de outro modo, se considerado esse engajamento atual à luz do que já ocorreu no passado, poder-se-ia constatar uma inversão ou, no limite, uma outra configuração da questão, pois nos anos de 1980 eram as feministas que pautavam a assistência ao parto e uma maternidade “voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida”, enquanto os movimentos de mulheres permaneciam alheios à questão, procurando mais por infraestrutura e condições básicas de existência. Nos anos 2000, as feministas, quando a questão se circunscreve ao parto, salvo algumas exceções e coletivos que perduraram, parecem ter cedido lugar ao movimento de mulheres, que nem mesmo se entendem feministas.

Para as mulheres que decidem parir diferentemente, ao menos para as desta pesquisa, ideologias de emancipação feminista não são apreendidas de maneira tão positiva, ou

porque as impediram do exercício da maternidade integral, ou porque as posicionaram em determinadas situações consideradas negativas, como é o caso das mulheres “equilibristas de pratos”, ou porque entendem que as questões feministas não são mais importantes, talvez pelo fato de que já tenham naturalizado as conquistas minimamente obtidas, como acesso à universidade, a participação política e a liberdade sexual, entre outros pontos. De outra parte, para as feministas contemporâneas, vale dizer as mais jovens inclinadas ao pensamento pós-estruturalista e à teoria *queer*, em suas tentativas de problematização da categoria de gênero e de sua subversão, a maternidade parece pouco importar ou, então, ser considerada tema prosaico, a não ser quando pensada a partir de tecnologias reprodutivas e de maternidade lésbicas. De outra parte, para as feministas mais antigas, as dos anos de 1970 e de 1980, o assunto ainda é lido no registro da corrente igualitarista do feminismo e como foco de reprodução do sistema dicotômico produção versus reprodução. É certo que existem exceções, tanto que hoje ainda se pode contar com o Coletivo de Sexualidade de SP, com a OnG SOS Corpo, OnG Cais do Parto, OnG Curumin em Recife e a Rede Feminista de Sexualidade em todo o Brasil, que também abordam a questão do parto e da maternidade, ainda que não em seus sentidos e significados para as mulheres que vivem essas experiências.

Diante disso, quanto se teria avançado no diálogo entre maternidades, partos e feminismos? Em que medida *O segundo sexo* (1949) teria sido ou poderia ser ainda problematizado no Brasil? Poder-se-ia pensar em diferentes modos de maternidades ou em (re) invenções da maternidade? Ou ainda mais, com quais representações de subjetividade feminista e subjetividade materna ainda se estaria interpretando a atualidade, tanto as feministas quanto as adeptas de outros modos de dar à luz? Se a conjuntura hodierna parece ser inversa àquela existente três décadas atrás, permanece-se na mesma situação ou pode-se considerar a produção da diferença tanto quanto à maternidade quanto aos processos de subjetivação feministas? E, afinal, feministas são somente mulheres que se nomeiam como tais ou as que, mesmo sem assim se nomearem, adotam práticas feministas que emancipam as mulheres? Sendo assim, estarão as feministas e as adeptas do parir diferentemente tão distantes umas das outras?

**Tão distantes e tão próximas:**

**Diálogos entre feminismos e práticas de parto humanizado no Brasil atual**

Em minha opinião, de um lado, a história pode ajudar a entender as aproximações e as rupturas discursivas entre as feministas e as mulheres que desejam a maternidade e, de outro, a antropologia reversa (Wagner, 2010), mediante o trabalho com as simbolizações, as metáforas e sua particular idéia de relação no fazer antropológico, pode propiciar a reflexão interna tanto do próprio feminismo quanto das adeptas do parto humanizado no que diz respeito ao que entendem por ser feminista e ser uma mulher que quer um parto “mais natural”. Partindo da premissa de que a proposta de Roy Wagner (2010) gera espaço para a crítica e (re) visita de determinadas visões de mundo, neste tópico procurarei cotejar práticas e palavras daquelas que, a princípio, se entendem cada uma de um lado da margem do rio: as feministas e as adeptas do parir diferentemente.

As mulheres entrevistadas e observadas não se consideram feministas, porém, como poderiam, hoje, reivindicar outro tratamento médico ao próprio corpo sem se pensar nos slogans feministas o “meu corpo me pertence” ou o “pessoal é político” dos anos 80? Dizer que querem o parto e não mais um parto não passa também pela idéia de pertencimento do próprio corpo? Discutir com médicos, publicar relatos de parto em *sites*, *blogs* e listas de discussão; trabalhar com o ideário da humanização depois de parirem; denunciar práticas e rotinas obstétricas que acreditam abusivas não é também, em algum sentido, fazer do pessoal algo político? E mais, organizarem grupos de preparo para o parto, seminários, congressos nacionais, denunciarem o número de cesáreas junto ao Ministério Público de São Paulo não segue no mesmo sentido e em um tom de demanda dos direitos individuais e sociais? Fazer circular em grupos de gestantes aquilo que entendem ser a realidade obstétrica brasileira não poderia ser interpretado de igual maneira, como anúncio de que o pessoal é político e de que o parto deve pertencer à mulher? E ainda, por outro prisma, concordar em participar de uma pesquisa acerca do tema do parto, dizendo ser importante a difusão de suas práticas e pensamentos, não teria também uma dimensão política do pessoal? Cabe ou não pensar suas ações e propostas entre as ondas igualitaristas e diferencialistas dos feminismos, quando pedem pela humanização do nascimento enquanto

um direito pessoal e individual e quando reivindicam a especificidade de cada uma, a ser respeitada em sua diferença, enquanto mulher e parturiente?

Minha tendência é cogitar que as práticas de parto humanizado atuais não poderiam existir e serem pensadas, se os grupos feministas dos anos de 1980 não tivessem pautado a questão da saúde da mulher, assim como da qualidade da assistência médica, da relação médico versus paciente, do uso de contraceptivos e, principalmente, da idéia de integralidade da saúde feminina. Na mesma esteira, não seriam possíveis se, nos anos de 1970, as feministas não tivessem demandado direitos e reconhecimento da cidadania. Dessa forma, nessa seara, mais interessante é pensar em processos históricos e em atitudes que podem ter gerado espaço para as práticas, ainda que as adeptas não se indiquem feministas, pois, quando uma parturiente se recusa a realizar uma episiotomia ou se nega a agendar uma cesárea, ainda que o médico acredite que seja o mais acertado, não se estaria diante das consequências de requerimentos como “meu corpo me pertence”? Essas reações não seriam impensadas sem a propagação da integralidade da saúde da mulher ou sem a desconstrução do imaginário que o corpo de mulher é perigoso e inferior?

Quando uma gestante se desdobra para conseguir um parto normal com aquele seu médico do plano de saúde, esquece que parto normal com ele, se rolar, vai ser com todo aquele pacote: soro com ocitocina, episiotomia, decúbito dorsal quiçá com as pernas amarradas, etc.

Dá pra se contentar com isso? Eu não me contentaria não! Acho que muita gente na lista esquece que não basta correr atrás de um PN, mas de um PN humanizado! Sem ocitocina desnecessária, já que ela aumenta demais as dores e pode gerar sofrimento para o bebê, sem episiotomia (pelo amor de Deus!) com a liberdade de escolher a posição que quiser pra parir, de caminhar durante o trabalho de parto, com o direito de usar chuveiro, bola, banheira, com direito ao acompanhante, a uma doula... isso sem falar na humanização pro bebê. Você aceita que cortem o cordão logo que o bebê nascer, que levem pra longe de você, que não deixem mamar

na primeira hora, que liguem holofotes nos seus olhinhos, que pinguem colírio cáustico, que espetem remédio intramuscular, que esfreguem a pele sensível para tirar as “sujeirinhas”? Daí a importância de ter um pediatra humanizado.

Gente, o documentário da Dra. X mostra uma cena de episiotomia que me deixou chocadíssima, é uma coisa horrenda, uma mutilação, tão desnecessária, minha nossa!

Vale a pena todas assistirem isso, para fugirem do médico que fala que faz episio de rotina. Aliás, tem aqueles que dizem que "não fazem se você não quiser", mas se o expulsivo demorar mais de meia horinha falam "mãezinha, vou cortar porque o bebê tá sofrendo!" (só pra ilustrar, o meu expulsivo demorou umas quatro horas e o (Y) nasceu super saudável, apgar 10/10). Eu fugiria antes de correr esse risco! Cara que faz episio de rotina não sabe trabalhar sem ela (assim como quem faz 90% de cesáreas não sabe atender um PN).

Assistindo a esse vídeo me dá vontade de gritar de raiva. Como assim, quem foi o infeliz que inventou a episiotomia ou quem foi o infeliz que inventou de utilizá-la de rotina? E como assim a maioria dos infelizes dos obstetras continua fazendo isso sem necessidade?

Eu não me contento com um parto normal, mas com um parto humanizado de verdade (porque ainda tem uns e outros que falam que fazem parto humanizado e não têm a menor idéia do que seja isso).

(correio eletrônico da lista de discussão do grupo independente, 02.03.2011)

Se o objetivo, ao menos, no entender das mulheres desta etnografia, é resistir a um suposto esquadramento de seus corpos, escapar do controle ou da domesticação de suas experiências, bem como do que consideram expressão de violência física e simbólica, cogitar a possibilidade de assumirem posturas de tom feminista pode não ser tão descabido assim e, sobre isso, vale dizer que, quando digo feministas, penso no sentido daquilo que pode libertar as mulheres da idéia que se tem de mulher, desde a modernidade e até mesmo

antes dela, a saber, entre tantas outras ponderações a de que a mulher seria vítima de sua natureza, de seu útero e de seus hormônios ou, então, que seria foco da dor decorrente do pecado do coito ou do pecado de sua pélvis (Diniz, 1996).

Entre as adeptas do parto mais natural, nas listas, nos encontros e nos seminários, circula a idéia de que é preciso empoderar-se. “Empodere-se de seu parto”, por exemplo, é o título de um vídeo recentemente veiculado no *Youtube*. Diante disso, pergunto-me se essa postura ou disposição não poderia ser interpretada também como uma demanda de autonomia pessoal e de liberdade? No limite, vale considerar essa questão a partir do momento em que o próprio movimento feminista usa bastante a noção de *empowerment* para referir-se à produção de conhecimento feminino e autocontrole do corpo.

Entre as adeptas da humanização, opera a perspectiva de que o corte, a incisão abdominal ou a perineal, bem como o soro intravenoso ou as manobras físicas podem vir a ser invasivos e desrespeitosos, o que sugere uma idéia de corpo que se percebe agredido quando não deveria sê-lo, porque o tomam a partir de uma noção de corpo integral. Por outro prisma, ser chamada de “mãezinha” nos hospitais, pelos profissionais que as assistem, ao gerar significativa insatisfação, põe em questão o que entendem ser a expressão de sua infantilização e um processo que as tornavam assexuadas e inferiorizadas; essa queixa poderia sugerir a resistência à sua fragilização, à sua perda de autonomia e à premissa de que padeceriam de seus próprios corpos. Elas parecem sentir que são capazes de parir, de escolher e de decidir, que têm corpos saudáveis e que se entendem aptas a viver a experiência conforme suas próprias trajetórias. Diante disso, cabe o questionamento: não parece operar aqui o discurso feminista como pano de fundo? Discurso esse que viria atravessado pelas ondas igualitaristas e diferencialistas, coadunando direitos de igualdade e de singularidade ou especificidades femininas positivadas? Sobre essa relação entre práticas e escolhas de parto, Rich, a autora americana aqui já comentada, ter-se-ia posicionado da seguinte maneira:

El tema debe plantearse en términos de poder frente a debilidad; de ejercicio de la capacidad de elección; de si la mujer puede escoger

dar a luz en su casa, asistida por otra mujer o, al menos, en un establecimiento más adecuado que un gran hospital. Se trata de una cuestión vinculada al derecho que tiene la madre de decidir lo que ella quiere; de buscar la forma, en definitiva. (...) Cambiar la experiencia del parto significa modificar la relación de las mujeres con el miedo y la debilidad, con nuestros cuerpos, con nuestras hijas e hijos; sus implicaciones son de gran alcance psíquico y político (RICH, 1996:269).

De outro lado, se existe maior liberdade na relação que estabelecem com seus corpos, vagina, seios, clitóris e atividade sexual, se hoje podem decidir quando querem e quantos filhos querem ter, em função da existência da pílula e de outros métodos contraceptivos, como pensar tais faculdades de maneira dissociada dos movimentos por maior liberação sexual? Pelo que parece, essas mulheres precisaram, antes, ter acesso aos seus corpos interditados, precisaram explorá-los, descobri-los por suas experiências e palavras, instruir-se e valorizar-se para, depois, compreendê-lo em outro registro simbólico. Por acaso, essa não seria uma herança de atitudes contrárias aos discursos de controle androcêntricos e, portanto, feministas?

Se as mulheres, antes dos anos de 1960, cobriam seus corpos ou deles tinham vergonha, se não verbalizavam suas experiências sexuais e se não definiam ou consideravam o orgasmo, como e por que seria possível chegar-se a esse momento em que, ao que parece, se fala abertamente sobre o tema e em que corpos nus se vêem expostos durante o trabalho de parto? Não terá sido preciso, em primeiro lugar, desconstruir a figura da mulher somente mãe, da maternidade anatomia, destino e mandato, para que hoje as adeptas do parto humanizado pudessem pensar em exercer a maternidade sem se abdicar de sua vida profissional e sexual?

Esse conjunto de questões é colocado para a reflexão porque, ainda que as mulheres do parto humanizado, analisadas nesta tese, resistam ao rótulo de feministas e não entendam suas ações enquanto feministas, paradoxalmente, não pretendem abandonar suas vidas

profissionais, atividade sexual, vida amorosa e pessoal em nome da criação de seus filhos. Em outras palavras, essas mulheres não desejam abdicar de suas conquistas sociais, econômicas, políticas e sexuais e, a despeito de se queixarem do feminismo, não querem remontar ao passado em que não tinham participação social e, pelo contrário, parecem querer conjugar a maternidade com o todo já adquirido, como sinalizou uma das entrevistadas, ao dizer: “eu não quero ser como minha avó, ficar em casa só cuidando de meus filhos. Gostaria por um tempo, mas não conseguiria abandonar tudo o que tenho hoje, estudo, carreira e vida social” (notas de campo, mar. 2008).

Dessa forma, em que medida as adeptas do parir diferentemente estariam assim tão desconectadas do feminismo como elas mesmas têm afirmado em entrevistas e nos grupos? Ou, ainda mais, como poderiam ora tematizar a possibilidade de um parto orgástico, se muito já não tivesse sido escrito e difundido pelas feministas sobre o erotismo e a satisfação feminina? Seguindo seus relatos e seus anseios, em que medida as adeptas de outros modos de parir poderiam ser interpretadas como tão distantes do divulgado pelas correntes italiana, francesa e espanhola da diferença sexual ou do contemporâneo *feminismo de la recuperación* (Rodrigáñez, 2008)?

Tem mulheres, como a minha mãe, que tem um papel no macro, nas grandes lutas e questões. Outras, como eu, têm um papel no micro, que não é menos importante. Eu decidi criar meus filhos, para mim a maternidade é algo importante, pois estou preparando pessoas que vão viver nesse mundo. Escolhi porque pude, porque conversei com meu marido, porque quero por um tempo. O problema é que no Brasil não se pensa assim sobre a maternidade. Eu me lembro de que quando vivi na Inglaterra, nessas fichas de crediário ou de cadastro que preenchemos no campo da profissão existia a possibilidade *full time of mother*. Eu achei aquilo muito legal. Por que não podemos pensar dessa maneira também? (notas de campo, dez. 2009)

Fora do Brasil, existem orientações feministas que procuram positivar a maternidade. Irigaray ressalta a conexão entre a mãe e a criança que nasce; Muraro e depois o DUODA seguem percursos próprios, porém, orientadas pelo mesmo norte: o da valorização da figura materna e de um simbólico a ser tecido a partir dela. O Coletivo das mulheres de Boston e a poeta feminista Rich, nos EUA, também sugerem outro imaginário de maternidade, apreendida enquanto função social e experiência que pode vir a ser potência e transcendência, na mesma linha do propugnado por Knibiehler (2007). No Brasil, há quase 30 anos circula a idéia da “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente reconhecida” (Diniz, 2002). Esses olhares circulam há décadas e ainda persistem, ainda que, para as adeptas de outros modos de parir, não exista nada de feminista em sua defesa de parto e de maternidade. Dessa forma, como separar tais matrizes discursivas do praticado por mulheres contemporâneas?

Da outra parte, ora do lado das feministas, ou seja, do outro lado da margem do rio, o que dizer do narrado pelas adeptas do parir diferentemente quanto à sexualidade e espiritualidade do parto? Se se trata de uma sexualidade que tem o corpo da mulher como ponte, que explica sensações corporais de prazer e de satisfação no momento do trabalho de parto, como não pensá-la como mais uma frente da sexualidade feminina? Como não interpretá-la como uma ruptura com a premissa edípica e androcêntrica de sexualidade? O que dizem as feministas dos anos 2000 das orientações feministas que, já há décadas, têm abordado a questão da maternidade como experiência, autoridade e produção simbólica? Como podem não refletir sobre as práticas dessas mulheres organizadas, que poderiam trazer a novidade e resistem em se entender enquanto feministas? Como o feminismo ou os feminismos poderiam deixar de, no limite, ponderar sobre noções como as de transcendência e de gozo no parto por elas hoje ventiladas?

Se a desigualdade econômica e social é fator de separação entre mulheres com relação a determinadas propostas, como é o caso das européias e das norte-americanas aqui abordadas, ainda assim, não poderiam essas orientações figurar como possibilidades interpretativas de determinadas práticas que se dizem dispostas a (re) inventar a maternidade no Brasil de hoje? Por que não se poderia pensar em maternidades contra-

hegêmonicas também nas camadas médias, entre mulheres brancas, letradas e conveniadas de planos privados de saúde ou entre as adeptas do parto humanizado presentes em nossa sociedade? Por acaso o contra-hegemônico tem sempre de vir do que é tido como marginal socialmente? Por acaso importam mais as maternidades lésbicas e as tecnologias reprodutivas? Por que não podem ser ambas as frentes focos de atenção feminista? Enfim, por que ainda parece haver resistência ao se pensar sobre a maternidade e sobre o parto de outros modos?

Se o movimento feminista brasileiro esteve orientado às políticas públicas de saúde, ao direito de acesso à saúde, ao exercício da cidadania, à assistência de qualidade e de prevenção a doenças e mortalidade materna, por que a ele não poderia também ser conjugada uma perspectiva que se disponha a questionar o simbólico da maternidade? Essas tarefas seriam incomunicáveis? Por que o feminismo brasileiro contemporâneo não poderia compreender propostas americanas e européias de posituação da maternidade, que pensam o parto o parto como um momento em que isso se iniciaria, e delas usufruir?

Para uma feminista, ouvir uma mulher dizer que sentiu prazer ao parir pode significar a reiteração da noção moderna da mãe dedicada, abnegada e da maternidade necessariamente feliz, porque destino e mandato, porém, será mesmo somente isso ou algo de novo pode vir a ser produzido? Basta dizer que se trata de uma repetição e de alienação feminina? Explorar o território do parto, do querer ser mãe e desejar sentir a dor parece, por vezes, ser uma tarefa realmente complicada ou pouco empreendida pelo pensamento feminista. É inegável a preocupação com seu respaldo estatal e reconhecimento de sua função social, mas e quanto às suas questões de fundo, em termos de subjetividade, de produção da diferença e de novos modos de se perceber o parto e a maternidade, como ficam as feministas brasileiras? Dessa forma, comungando da crítica de Knibiehler, quando as feministas de hoje passarão a pensar nas mulheres que querem ser mães?

Segundo as mulheres nesta tese analisadas, existem reflexões quanto à sexualidade do parto, que, em meu entender, não poderiam, no limite, deixar de ser ponderadas ou problematizadas pelos feminismos contemporâneos. Fala-se de erotismo e de prazer em um

lugar pouco explorado – o parto -; sugere-se a existência de uma sexualidade plural que escapa ao coito, que positiva o útero e o corpo da mulher *per si*, que o nomeia ponte de êxtase e de transcendência. Poder-se-ia perguntar se isso de fato acontece ou não, mas, considerando que, no entender dessas mulheres, isso acontece, como não problematizar a diferença discursiva produzida em nossa atualidade? Parto orgástico? Espiritual imanente? Dois aspectos alojados em uma experiência percebida, em muitos momentos, como dolorida, perigosa, a ser controlada e coordenada por *experts*; como não refletir sobre a diferença e a autoria feminina dessas leituras?

Se, nos anos de 1980, despontaram os direitos reprodutivos e, depois, nos anos de 1990, os direitos sexuais, entendendo-se pela separação entre sexualidade e reprodução, ruptura com a premissa de que anatomia é destino, o que dizer do que hoje recoloca a questão, porém, em outros termos? Poder-se-ia apresentar a hipótese de que as mulheres do parto humanizado sinalizam a possibilidade de prazer também na reprodução, a despeito da reprodução não ser mais encarada como ápice de suas vidas sexuais, sendo assim bastante diferente da pensada na ideologia moderna. Primeiro, paria-se como o máximo da sexualidade feminina; depois, dissociou-se sexualidade de reprodução. Com o advento da crítica feminista, a mulher poderia exercer sua sexualidade, gozar e ter prazer, sem necessariamente gestar e parir. Hoje, apresenta-se a possibilidade de sentir prazer na reprodução não como fim, mas como mais uma possibilidade de abertura sexual e erotismo feminino. Essa leitura, se considerada, poderia romper com a tendência de pensar a mãe como casta, assexuada e pura, a “mãezinha” dos médicos, que tanto parece incomodar as mulheres desta investigação. Estaríamos eventualmente diante de uma (re) apropriação da dicotomia sexualidade versus reprodução. Diante disso, questiono se esse rearranjo não poderia significar novas possibilidades de leituras feministas? Em algum sentido, não apresenta novidade e maior liberdade, seja para gemer, chorar, gritar, transpirar, seja para manter relações sexuais no momento do parto? De alguma forma, não indicaria também uma maior liberdade de crença e uma (re) apropriação do corpo da mulher pela própria mulher? Essas questões carregam ou não indícios de pautas para o feminismo do século 21?

Se o gozo é físico, se algumas mulheres têm prazer parindo, por que não problematizar suas narrativas perante os mandatos religiosos e médicos de que a mulher dá à luz sofrendo, pagando por seu pecado do coito e por sua natureza corpórea? Por que não pensarmos em matrizes discursivas dissonantes e, por isso, edificadoras da pluralidade e da diferença? Essa parece ser a questão para o pensamento feminista atual e em todas as suas frentes.

Entonces el nacimiento se convertiría, como un episodio único, dentro del desarrollo de nuestra sexualidad, diversa y polimorfa, y no en consecuencia forzosa del sexo. Antes bien, se trataría de una experiencia libertadora del miedo, la pasividad y la alienación a que se ha sometido nuestro cuerpo (RICH, 1996:272)

Em uma passagem da pesquisa etnográfica, uma feminista ajudou-me a compreender a questão. Recordo-me de, ao partilhar minhas impressões e o narrado em campo, tê-la, primeiramente, surpreendido, e, depois, ouvido: “nós (as feministas), nos esquecemos dessas mulheres, as que querem ser mães, que querem parir” (notas de campo, mar. 2010). Estávamos conversando sobre a resistência das adeptas do parto humanizado perante os feminismos, e essa mulher automeada feminista apontou para essa possibilidade, realizando, depois, a crítica ao próprio movimento e teoria que, segundo sua leitura, teria “permanecido preso ao combate à maternidade-mandato” e se esquecido de outras mulheres que desejam a maternidade.

E o interessante é que, de maneira bem diferente, uma parteira da Catalunya, durante uma entrevista em meu estágio doutoral, ao escutar uma das feministas do DUODA, posicionou-se totalmente em outro sentido. Ela acreditava na coincidência entre o praticado pelas mulheres e parteiras do “parto respeitoso” e anunciado pelo feminismo da diferença sexual daquela corrente:

Estou fascinada. Essa idéia da ordem da mãe, da língua materna e da relação entre mulheres de Muraro, que eu não conhecia, é exatamente aquilo que nós, eu, as outras parteiras e as mulheres

que escolhem o parto em casa ou respeitoso, fazemos na prática. Elas põem em palavras aquilo que nós fazemos na prática (tradução minha, notas de campo, mai. 2010)

Dessa maneira, as mulheres espanholas e brasileiras teriam práticas decorrentes das demandas feministas, ainda que tanto elas quanto as feministas pareçam negar essa relação. Diante disso, seriam não só resultado, mas também produtoras de novas indagações feministas, de modo semelhante ao pensado por Birman quanto à Carmen dos anos de 1980 (2003). Para o psicanalista, essa outra *femme fatale*, não mais para usufruto masculino e tampouco sua revanchista, seria a mulher protagonista de seu desejo, materialidade corporal e pura pulsão, indicando o despontar de uma ordem simbólica psíquica não mais pautada na falta, na incompletude e na ausência, mas no excesso e no erotismo pulsante. Ela, entretanto, em sua leitura, não poderia ter sido encontrada sem a herança feminista dos anos de 1960 e 1970; não teria guarida ou espaço de existência sem os movimentos por maior liberdade sexual e movimento inicial feminino, demandado antes pelas feministas. Contudo, interessante, hoje, já não poderia mais ser pensada como a feminista de outrora, devendo ser, mais e principalmente, percebida como sua consequência que, por sua vez, apresenta novas indagações e possibilidades de existência feminina. Nessa esteira, Birman escreve:

Com efeito, se o discurso feminista foi a condição concreta de possibilidade que delineou um outro horizonte social para a figura da mulher, esboçando para ela um novo comprimento de onda para a escuta de seus direitos e demandas, não resta qualquer dúvida também de que na nova figura de mulher prefigurada e condensada em Carmen exista uma crítica precisa e eventualmente também o deixar cair uma certa falicidade presente em algumas teses feministas das décadas de 60 e 70. É justamente nessa crítica pontual e no deixar cair a falicidade que o personagem de Carmen recupera positivamente certos atributos femininos, e não apenas a sua sensualidade associada ao ativo poder de sedução. Essa positividade, na recuperação dos traços do feminino na mulher,

confere à sensualidade e à sedução da mulher uma outra perspectiva e um outro alcance, de maneira a atribuir um saber e um colorido novos à sensualidade e à sedução. Enfim, o poder ser sensual e sedutora não implica mais agora as artimanhas do aprisionamento da figura do homem pela mulher, em que esta não opera, na cena do sexual, movida pelos gestos ferinos e pela ferocidade aniquilante do rival (2003:83)

Dessa maneira, poder-se-ia dizer, em sua opinião que:

... é mais uma resultante e uma resposta bem precisa ao movimento feminista nos anos 60 e 70 do que propriamente seu produto direto. Procurando estabelecer uma distinção entre esses conceitos aqui evocados, pode-se dizer que os conceitos de resultante e de resposta implica uma idéia de transformação do estrito quadro feminista original, o que não se encontra presente absolutamente na idéia de produto. (BIRMAN, 2003:83)

Quanto à Carmen de Birman, sua sexualidade, erotismo e desejo - seu corpo que é materialidade, pura pulsão e desejo que é histerização positiva - não poderíamos, partindo desse esboço, aventar a possibilidade das adeptas do parto humanizado poderem ser compreendidas a partir dela, porém grávidas, parturientes e mães dos anos 2000? Elas não se dizem feministas e não parecem assumir uma resistência ao mundo masculino; assim como Carmen, parecem querer simplesmente parir como desejam e realizar a maternagem ao seu modo. Elas dizem querer um parto intenso, singular, um “parto todo seu”, de acordo com seu próprio desejo; têm em seus corpos a expressão da materialidade e do desejo, vivem a partolândia, dizem apresentar-se à dor e superá-la, dizem sentir prazer e satisfação ao parir, sem, com isso, abrir mão da vida pública e social. Diante disso, parecem desejar a maternidade não porque os homens assim prescreveram, mas porque acreditam que, por meio dela, irão se realizar pessoalmente, porque a compreendem como experiência subjetiva e existencial importante, discordando dos especialistas se preciso for, ainda que em graus e com cautelas antecedentes e estabelecendo uma relação entre parto, sexualidade

e espiritualidade. Diante disso, estariam assim tão distantes da nova Carmen vislumbrada por Birman? Talvez seja coincidência, mas tanto essa quanto as adeptas do parto humanizado surgem ou começam a despontar nos mesmos anos de 1980, bem como puderam ser interpretadas como resultantes ou respostas do movimento feminista dos anos de 1960 e 1970, ainda que, atualmente, ponham questões de outra ordem para a própria reflexão desse movimento.

Por certo, que essa possível transformação, a da Carmen e a das adeptas do parto humanizado, não poderia ser generalizada, tampouco estendida a todo o gênero feminino; porém, por que não pensá-la a partir de determinados casos concretos que, a longo prazo, poderiam vir a ter uma influência e uma representatividade maiores? Por essa razão, deixo aqui pistas para futuras reflexões acerca das práticas de parto humanizado, que tanto já se alteraram desde seus primórdios, nos anos de 1950, na França.

Por último, quanto a essas ilações, o que pode a Carmen, a de Birman e a grávida ou a parturiente por mim cogitadas, quanto ao feminismo do século 21? Da primeira, poder-se-ia depreender outros modos de subjetivação femininos, uma positivação da feminilidade, outros modos de exercício do desejo e da sedução, além da ordem fálica, da ausência ou da incompletude aventadas pelas ideologias androcêntricas. Em outro sentido, das outras, das grávidas, parturientes e mães do parto humanizado, por que não se debruçar, no mínimo, sobre o que tem anunciado quanto à sexualidade e à espiritualidade do parto? Sexualidade essa que desponta travestida de outros signos e a partir de outra composição, podendo ser uterina, pulsante e autoerótica, paradoxalmente situada na reprodução, que era percebida, até então, como ápice da vida sexual da mulher. Fala-se da sexualidade excesso, potência, ponte para a transcendência e gozo a partir das sensações corpóreas do trabalho de parto, joga-se com a figura da mãe casta e aparece uma figura de mãe intensa, forte, completa e senhora de seu desejo. Então, se assim for pensado, como deixar de dar importância a essas novas práticas e relatos? Como não deixar de refletir sobre suas contribuições e questões para a análise feminista? Esse parece ser o grande ponto de inflexão.

Da mesma forma, a espiritualidade desenhada como imanente, que tem o corpo que geme, grita, que dá à luz e que goza pode ou tenderia a desalojar idéias de espiritual, sagrado e profano, pureza e sujeira operantes até nossos dias. Espiritualidade no parto, corpo de mulher aberto e passagem para a transcendência, religiosidades plurais e transitórias, desprovidas de centralidade e da lei do pai, enquanto elementos que despontam em seus registros, não mereceriam a atenção feminista?

Pode-se atrever a dizer que essas colocações poderiam ser frentes de indagação e de problematidade de percepções religiosas ainda hegemônicas e hierárquicas. Se a mulher já foi vista como lócus do pecado, de contaminação e de corrupção, o que pensar do corpo de mulher que estabelece a comunicação com o divino e que, assim, poderia conceber novas orientações de religiosidade? Por acaso, não seriam esses aspectos interessantes para a desconstrução do pensamento religioso patriarcal ou para a liberação da mulher de concepções espirituais, que há muito são atribuídas ao universo feminino? Se assim forem consideradas, não poderiam ser profícuas para a reflexão, escrita e prática feminista do século 21?

É nesse sentido, portanto, que, ainda que as adeptas do parto humanizado não se entendam feministas, tendo a enxergá-las, a um só tempo, como resultantes e críticas dos feminismos que as precederam, esses em todas as suas três orientações pontuadas por Scavone (2003). De mesmo modo, é com base nos mesmos argumentos que tendo a dirigir a crítica aos feminismos hoje existentes no tocante à necessidade de coragem e à importância de se pensar a maternidade de maneira mais ampla, menos preconceituosa e diferentemente. Porque se, a princípio, feministas e adeptas do parto humanizado parecem distantes, em minha leitura, estariam e seriam muito mais próximas do que se poderia de antemão ponderar. No limite, poderiam estabelecer um diálogo produtivo e contemporâneo, para a positivação da maternidade para aquelas mulheres que a desejam e para uma abertura ainda maior da reflexão feita por mulheres preocupadas com a condição feminina na atualidade. Porque se existem mulheres dizendo que assim pode sê-lo, que a maternidade e o parto podem ser vividos de outros modos, por que não escutá-las e refletir acerca dessa produção discursiva?

Por outro viés, como consignado no segundo capítulo desta tese, noções de doméstico, de pureza versus impureza, de sagrado versus profano, de corpo e de pessoa, têm sido apresentadas de modos dissonantes dos registros até então operantes por aquelas que querem parir e pariram diferentemente. O material etnográfico apresenta, a partir de práticas de parto domiciliar, a casa e o privado como espaços de liberdade e não de clausura feminina. É a casa percebida como lócus em que a mulher pode gemer, gritar, transpirar, comer, assumir as posições que queira, chorar ou isolar-se. É nela que algumas mulheres encontraram a segurança para parir em um tom diferente da perspectiva de que o hospital e sua equipe seriam os mais aptos para assistir a elas. Em que pese ainda despontar com o local da interioridade, outra roupagem de casa parece ser ofertada, ampliando seus significados além dos registros que antes o nomeavam. Quanto à pureza, assepsia e higiene, pude ver também outra paisagem de seus contornos: muitas daquelas que já tinham parido mais naturalmente não partiam da lógica de que o sangue, o suor ou demais fluídos corporais, assim como a placenta mereciam o descarte; pelo contrário, percebiam-nos como componentes do momento, de seus organismos e, por isso, pouco considerados abjetos ou perigosos, porque contaminantes. O corpo da mulher, então, em toda sua composição parecia vir mais do registro da beleza e de sua complexidade do que da chave de que é problemático e a ser higienizado. Nessa mesma esteira, se o sagrado costuma, de maneira geral, vir pautado pela limpeza e pureza, entre elas, vinha também em meio o que poderia ser considerado impuro, uma vez mais, sangue, suor, líquido amniótico, corpo de mulher, gemidos, transe e gritos, e, por vezes, como decorrência do exercício da sexualidade e, assim, do considerado profano.

O corpo, por sua vez, surgira significado como ponte, veículo para a satisfação e transcendência, funcionando lado a lado ou simultaneamente com a mente, desprovido da separação e da hierarquia cartesiana. Enquanto corpo que já não aguenta mais, poderia ser interpretado como corpo indócil, insubmisso, como corpo desejável, pulsante e incentivador da figura feminina. De mesmo modo, a noção de pessoa que parece circular entre algumas das falas e relatos de parto, assim como nos encontros, oscila entre uma perspectiva individualista e romântica, fazendo ponte entre dois registros analíticos provenientes da antropologia moderna e contemporânea. A pessoa, assim como a saúde,

brotam nas narrativas não só como integralidade, totalidade, produto da alteridade, mas também como sujeitos de direitos singular, provido de autonomia e liberdade. É essa totalidade, a pessoa enquanto conjunto e comunicação, que parece impulsionar ações que buscam evitar a incisão, o corte e a rotina do atendimento médico. Essas, ao menos, seriam as expressões e ponderações encontradas em entrevistas e reuniões de grupos. Pessoa, por fim, enquanto processo, subjetivação e menos como interioridade, já que se dizem mulheres em busca da conformação e da modelação de suas subjetividades maternas e femininas. Dessa forma, pessoa constituída cotidianamente e nas relações sociais e de poder.

Essas seriam frentes de reflexão para a análise feminista, para sua consideração e debate, no mínimo, em razão de apontarem para a diferença e para a pluralidade de percepções femininas; por isso, creio que o material ou a cultura do nascimento encontrada entre as mulheres do parto humanizado, reversamente, possa provocar, desalojar e conferir ainda mais complexidade às práticas, discursos e questões feministas, ainda que essas mulheres não se digam feministas.

Entre os *Ifaluk* analisados por Lutz (1998), por exemplo, a noção de *fago*, que poderia ser traduzida como cuidado, consideração e dedicação e que vem centrada na figura feminina e no exercício da maternidade que não implica abnegação ou uma tarefa menor; pelo contrário, simboliza positivamente crescimento pessoal e espiritual, tendo a pessoa que o exerce um alto grau de reconhecimento social. Se em outras culturas o cuidado pode assim ser simbolizado, por que não pensar na desnaturalização da noção de que cuidado coincide com alienação e autoanulação? Por que não pensar esse cuidado ou a maternidade em outro registro, como aquele, por exemplo, suscitado em uma das entrevistas, quanto à existência da profissão *full of mother* na Inglaterra? Se nossa leitura fosse a do feminismo da diferença sexual, em seus vertentes espanhola, francesa, italiana e norte-americana, antes aventadas, compreender-se-iam suas práticas como atitudes feministas e práticas de autoridade e, no Brasil de hoje, como o pensamento feminista dos anos 2000 pode dar conta ou pensar sobre a questão? Partindo do slogan de uma “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada”? Pelo viés de uma maternidade experiência, possibilidade de reinvenção simbólica? Ou, então, enquanto abertura para outras expressões de

religiosidade, sexualidade e existência feminina? Essas mulheres de outros modos de parir não poderiam ser encaradas como produtoras de outras culturas do nascimento na contemporaneidade? Por que entre feministas e mulheres que querem ser mães ainda parece vigorar certa tensão? Estariam ambas, nesses dois lados da margem de um mesmo rio, ainda presas ou encapsuladas em antigas concepções de mãe e de feminista? Por fim, estariam ainda instaladas em antigos modos de subjetivação?

### **Por outros modos de subjetivação feministas e maternos**

Margareth Rago tem-se dedicado, nos últimos anos, a refletir sobre o que tem denominado de novos modos de subjetivação feministas. Em “Feminismo e subjetividade em tempos pós-modernos” (2004), ao examinar a crítica do sujeito e a produção de subjetividade na contemporaneidade, pergunta-se pelos modos de constituição de si propostos pelo feminismo. Em sua leitura, décadas depois das práticas, mobilizações, estudos feministas e debates sobre a categoria de gênero no meio acadêmico, poder-se-ia referir ao momento atual como “pós-feminismo”. Um período histórico em que o feminismo não terminou, tampouco perdeu sua razão de ser, mas no qual as reivindicações e as problemáticas teriam adquirido outros tons, depois de um determinado conjunto de conquistas sociais. Para Rago, o feminismo estaria vivendo um período metacrítico, uma espécie de dobra sobre si mesmo, isto é, “um movimento de avaliação e de balanço de suas conquistas, seus avanços, limites e impasses, seja no campo das práticas, seja no do pensamento” (2004:31). Um dos pontos mais interessantes de seu argumento para esta pesquisa é o da eliminação da marca negativa denominada “desestigmatização da imagem feminista”, posto que, em sua apreensão, a feminista, antes, associada às figuras negativas da feiúra e da velhice, de “sapatão” e da mal-amada, das mulheres infelizes e sexualmente rejeitadas pelos homens, operantes desde o fim do século 19, estariam em transformação. Isto porque as mulheres, identificadas como feministas, estariam criando novos padrões de corporeidade, beleza e cuidados de si, preocupadas com o crescimento do espírito, beleza, saúde e moda, no sentido de uma construção de si e de uma nova ordem social e sexual (2004:33-34). Dessa forma, a feminista teria deixado de ser somente a oradora pública, avessa à maternidade e, de igual modo, também a mãe que teria deixado de ser aquela que perdeu seu desejo sexual.

Mostrando que poderiam existir modos diferentes de organizar o espaço, outras artes de fazer no cotidiano, da produção científica e da formulação de políticas públicas às relações amorosas e sexuais, a crítica feminista evidenciou que múltiplas respostas são sempre possíveis para os problemas que enfrentamos e que outras perguntas deveriam ser colocadas a partir de uma perspectiva feminista, isto é, a partir de um pensamento que singulariza, subverte e diz de onde fala (RAGO, 2004:34)

Tal reconfiguração da subjetividade feminista brasileira teria tido início nos anos de 1980, período em que despontara o movimento pela saúde das mulheres, o questionamento quanto ao parto tecnológico e hospitalar e também no qual teriam aparecido os novos padrões de feminilidade, mencionados por Joel Birman. Para a historiadora, tratou-se de uma busca de novos lugares para o feminino, o que estimulou novas formas de feminilidade, concepções de sexualidade, beleza e sedução, incluindo as corporais. Por esses motivos, segundo sua análise, foi possível observar uma gradativa erotização também no feminismo, junto do surgimento da “mãe pós-moderna”, uma espécie de enfeixamento da mulher independente, bem-sucedida, por vezes chefe de família, mãe e que quer gozar sexualmente (2004:34). Se, nessa fase, essas mudanças quanto à subjetividade ter-se-iam iniciado, hoje assistir-se-ia ao que se denomina juventude pós-feminista, apresentando e pontuando ainda outros modos de existência femininos. Conforme Rago, isso poderia ser identificado, principalmente, entre as camadas médias e intelectualizadas, geralmente entre jovens criadas por pais antiautoritários, e que, por isso, manteriam relações mais libertárias com o corpo, sexo, natureza e com a própria vida. Para tanto, também teriam sido importantes os discursos ecológico e étnico, sem esquecer do anarquista e do socialista, em função de suas propostas quanto à ética e à construção da vida cotidiana.

Diante desse cenário e considerando o tematizado pela historiadora, poder-se-ia, por exemplo, perguntar se as mulheres adeptas do parto humanizado não poderiam também ser lidas como mulheres ou geração do pós-feminismo, ou seja, se mulheres atravessadas por

esses novos modos de constituição de si, ao menos mais libertários e decorrentes de uma reformulação da própria subjetividade feminista, por ela, identificada a princípios dos anos de 1980. Se considerada a marca etária do universo investigado, a tendência seria aventar de fato essa possibilidade, dado que prevalecera o registro dos 30-35 anos entre as entrevistadas e observadas.

Segundo a autora, a situação subjetiva de hoje somente seria possível em razão de o feminismo ter-se, primeiramente, dedicado à desconstrução de uma perspectiva universalizadora de mulher imposta pelo discurso médico, Direito e Igreja, assim como, paradoxalmente, em virtude das feministas, inicialmente, terem aberto mão do corpo, da beleza, da estética e da moda, considerados alienantes e reprodutores de uma lógica masculina patriarcal. Com efeito, essa teria sido uma das consequências da crítica feminista da feminilidade vigente antes de 1960, preocupadas em romper com as idéias de privado, de amor materno, de amor romântico, de fragilidade e de fugacidade. Assim, as primeiras feministas terminaram por assumir posturas hoje compreendidas como masculinizantes; contudo, parece-me que não poderia ter sido de outra maneira, dada a urgência pela inserção no mundo público e pela necessidade de as mulheres comprovarem suas habilidades para a política, tribuna e educação. Se essa foi uma necessidade histórica e estratégia política, hoje é apreendida como condição da própria metacrítica do feminismo, quando se pensa, à luz do escrito por Rago, sobre as novas imagens do feminismo. Nesse sentido, as feministas, hoje e já há algumas décadas, estariam também problematizando sua subjetividade, táticas e modos de viver, trabalhando mais com seu alargamento e flexibilidade, na crítica das identidades rígidas da filosofia do sujeito moderno e no sentido da noção de subjetividades móveis, justamente por terem assumido determinadas posturas anteriormente. Essa mudança, portanto, somente sugere, ainda mais, a contemporaneidade e a abertura do pensamento feminista, que, de acordo com citação de Elisabeth Grosz, nesse mesmo artigo de Rago, seria

... a luta para tornar mais móveis, fluidos e transformáveis, os meios pelos quais o sujeito feminino é produzido e representado. É a luta para se produzir um futuro, no qual as forças se alinham de

maneiras fundamentalmente diferentes do passado e do presente. Essa luta não é uma luta de sujeitos para serem reconhecidos e valorizados, para serem ou serem vistos, para serem o que eles são, mas uma luta para mobilizar e transformar a posição das mulheres, o alinhamento das forças que constituem aquela identidade e posição, aquela estratificação que se estabiliza como um lugar e uma identidade (GROSZ apud RAGO, 2004:38)

Para essa discussão, é preciso antes entender a questão da subjetivação como eminentemente política, como algo processual, modelado e construído entre relações sociais e relações de poder, ou seja, é preciso, primeiramente, romper com a idéia de que a subjetividade condiz com interioridade, que existe como um *a priori*, algo a ser descoberto como essência do sujeito. Nesse sentido, antes de pensar em quem o sujeito é, deve-se pensar em como o sujeito pode ser constituído, de que maneira e como resultante de determinadas conjunturas. Sendo assim, a subjetivação, enquanto *performance*, é tanto fruto de práticas disciplinares e biopolíticas, quanto práticas de liberdade e técnicas de si (FOUCAULT, 2006).

Diante disso, fundamental para o percurso intelectual de Margareth Rago têm sido os estudos de Foucault, que muitos denominam atualmente de último Foucault, quando o filósofo francês remonta ao mundo antigo e encontra ainda mais indícios para a crítica do sujeito moderno, realizada em todo o conjunto de sua obra. Em “Narcisismo, sujeição e Estéticas da Existência” (2006), a historiadora compara os modos de subjetivação existentes na modernidade e os identificados pelo filósofo, entre os gregos e romanos. Recorrendo à Lasch (1983) e à Sennett, (1978), mapeia a cultura do narcisismo que teria isolado, quebrado vínculos e, assim, desencadeado uma desagregação social, mostrando como o indivíduo moderno ter-se-ia tornado incapaz de sair de si mesmo e, conseqüentemente, de perceber o outro em sua diferença e positividade a partir do século 19. Essa preocupação consigo mesmo teria reforçado o narcisismo e orientado o indivíduo a voltar-se para o “seu próprio umbigo”, a ter olhos exclusivos para si mesmo, imergindo em sua própria interioridade. E assim o privado ter-se-ia sobreposto ao público. Junto de todo

esse processo, discursos das mais distintas ordens teriam contribuído para que se acreditasse na identidade, rígida, interior e existente desde sempre. Em contrapartida, na antiguidade clássica,

Foucault teria encontrado morais que não se destinam a sujeitar o indivíduo, a produzir corpos dóceis, obedientes e submissos, como na Modernidade, fazendo-o renunciar a si mesmo, como pregará o cristianismo, submetendo-se a normas, leis, códigos e regras pretensamente universais, impostos a todos em nome do bem comum. Naquele mundo, evidenciam-se outros modos de constituição da subjetividade – as estéticas ou artes da existência – estilos de vida em que a preocupação maior é da ordem da ética e da liberdade. (RAGO, 2006: 42)

Isto porque o eu antigo não era delimitado nem unificado; era, conforme citação de Vernant, no texto de Rago, “um campo aberto de forças múltiplas (...) essa experiência é, sobretudo, orientada para fora e não para dentro. O indivíduo procura-se e encontra-se no outro, nesses espelhos que refletem sua imagem e que são para ele alter ego...” (2006:44). O sujeito era extrovertido, por isso a consciência de si não era reflexiva, mas existencial, ou seja, a existência era anterior à consciência de existir, importando muito mais como se era do que quem se era. Esse “como se era” vinha pautado pelo cuidado de si, entendido não como meditação ou mergulho interno, cuja consequência poderia ser o isolamento, mas, ao contrário, acontecia na alteridade e em uma “modulação intensificada da relação social” (RAGO, 2006:46). Entre gregos e romanos, conforme Foucault, nos dois últimos volumes da *História da Sexualidade* (2005, 2007), o cuidado de si ocorria por meio do uso de técnicas de si – desde práticas espirituais à redação de cadernos de notas pessoais, tudo era pensado de modo a modelar uma existência ética e preocupada com o mundo.

... práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida

uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo (FOUCAULT, 2005:15)

Dessa forma, a existência era equiparada a uma obra de arte, a ser modelada, cuja beleza viria no mesmo sentido de sua orientação ao público. Subjetividade, ética e política eram, portanto, indissociáveis, sendo todas elas entendidas como processo e relação com o outro e diferente. Os estóicos e os cínicos, mais especificamente a Escola de Epiteto e as Cartas de Sêneca, são, assim, retomados por Foucault com o intuito de demonstrar essa outra acepção de subjetivação. Eles, os indivíduos do mundo antigo, investiam muito mais em indivíduos livres e temperantes e menos em obedientes e submissos, como poderá ser visto, posteriormente, na “sociedade disciplinar” e hoje nas “sociedades de controle” (DELEUZE, 2001). Por isso, contavam com “morais de estilo” em detrimento das “morais de código” (FOUCAULT, 2006). Procuravam pelo autogoverno e não pela moral externa que coagisse, importando, sobretudo, a conduta pessoal, a coerência e a *performance*; muito mais do que o controle e o assujeitamento (RAGO, 2007). Disso também decorreria a pouca atenção ou mesmo desconsideração dirigida à confissão ou purificação, presentes depois no poder pastoral com o advento do cristianismo e na medicina e psicanálise na modernidade, posto que não interessava aos antigos a conversão de si, mas, sobremaneira, a autorreflexão desde códigos de prescrições pessoais e compartilhadas.

... a vontade de ser um sujeito moral, a busca de uma ética da existência era principalmente o esforço para afirmar a sua liberdade e para dar à sua própria vida uma certa forma na qual era possível se reconhecer, ser reconhecido pelos outros e na qual a própria posteridade podia encontrar exemplo. Quanto a essa elaboração de sua própria vida com uma obra de arte pessoal, creio eu, embora obedecesse a cânones coletivos, ela estava no centro da experiência moral na Antiguidade, ao passo que, no Cristianismo, com a religião do texto, a idéia de uma vontade de Deus, o princípio de uma obediência, a moral assumia muito mais a forma de um código de regras... (FOUCAULT, 2006:290)

Desses escritos foucaultianos em nome de uma genealogia da ética é que a historiadora Margareth Rago depreende o que entende ser uma saída para se refletir acerca do narcisismo e da crise ética atual. Partindo desses pressupostos, aventa a possibilidade de nos reinventarmos subjetivamente, tendo por premissa a subjetividade como histórica e não natural, construção e não determinação biológica, a saber, antes identidade, natureza ancorada no corpo e no sexo biológico, mas possível enquanto trabalho refletido sobre si e orientado por regras e princípios (2006:43). Em outras palavras, aponta para o fato de que se nem sempre houve interioridade, isolamento e sujeição, pode-se vir a ser de outra maneira, o que, neste caso, poderia ser tematizado também no que tange à figura materna e feminista, ou então, tido como uma das explicações para a existência desses outros modelos de parto e de maternidade na contemporaneidade. Com isso, entretanto, não pretendo afirmar que as adeptas do parto humanizado têm estetizado sua existência como ocorria entre os gregos e romanos. Esse conceito é datado e situado culturalmente, razão por que não caberia simplesmente transportá-lo aos nossos dias. Não obstante, por outro prisma, pode servir de inspiração ou como pistas para pensar a possibilidade de transformação subjetiva a partir de um trabalho de reflexão e estabelecimento de códigos de conduta éticos. Eu diria que, minimamente, poderia explicar que a subjetividade materna não é identidade e essência, não existe como instinto e que, por isso, viria a ser plural e aberta a (re) significação, sendo isso também cabível para a subjetividade feminista, a ser percebida como mutante e nômade, hipótese essa também trabalhada por Rago, dado que teria encontrado figurações feministas diferentes em períodos históricos também diferentes, gerando a abertura para sua remodelação, quando necessária e desde que fruto de uma reflexão.

Se Foucault a ajudou a chegar a essas ponderações, em seu entender, também o movimento e a teoria feminista teriam contribuído para a desconstrução da identidade enquanto *a priori* a ser cultivado e encontrado. Sobre essa outra frente de desnaturalização, assim teria escrito a historiadora:

... gostaria de destacar a maneira pela qual o feminismo também traz importantes contribuições para esse debate, tanto pelos

questionamentos que coloca, quanto pelas práticas que incita. Afinal, o feminismo valorizou as mulheres, enfatizando especialmente sua capacidade política e administrativa, sua inteligência e espiritualidade, em oposição os discursos misóginos que as associavam exclusivamente ao corpóreo; desfez, pois, as tradicionais dicotomias que separavam hierarquicamente corpo e alma. Realizou, ainda, uma crítica contundente ao ideal de feminilidade e beleza e aos cuidados excessivos com o corpo como formas de sujeição, preconizados pela mídia, e não como trabalho sobre si mesmas, o que ao mesmo tempo não significa que tenha descartado as preocupações com as questões da saúde. Muito pelo contrário, deslocando o foco das atenções, o movimento feminista deu visibilidade a uma série de temas diretamente relativos ao corpo feminino, à sexualidade e à maternidade, mas também à violência doméstica, ao estupro, ao aborto, antes silenciados pela sociedade em geral (RAGO, 2006:49)

Dito de outro modo, os feminismos também teriam contribuído para a desconstrução da identidade feminina, compreendida de maneira atada ao corpo, proveniente e mantida por uma perspectiva médica, religiosa e jurídica, sinalizando, assim, a faculdade de as mulheres virem a ser outras e diferentes do modelo preconizado pelos discursos do século 19. Primeiro, ao pontuar ser a mulher um sujeito de direitos; diferente, porém não menor do que os homens; apta ao mundo público e à educação; depois, em virtude de ter pluralizado a própria categoria universal de mulher, tomando para si a importância de pensar em mulher no plural, a fim de que se considerasse todas e em suas particularidades negras, lésbicas, sulistas, campesinas e indígenas. De outra maneira, foi também bastante importante para o questionamento do imaginário e do simbólico, como bem se pode ver mais acima, trazendo à tona a relevância de se problematizar os fundamentos de uma sexualidade desigual e hierarquicamente concebida. E, por fim, recentemente, mediante sua orientação pós-estruturalista e aspecto relacional, porque têm pautado a categoria de gênero como marcador importante para (re) escrever as relações entre homens e mulheres, a heterossexualidade compulsória, a reprodução assistida e o ideal de família nuclear. Todas,

de alguma maneira, teriam sido tentativas feministas de ruptura com a noção da identidade moderna, cuja interioridade, segundo Rago, era somente aparente, dado ser uma noção construída e tecida cuidadosamente pelo biopoder e biopolítica.

Se é assim, se Rago reconhece nos feminismos e no pensamento foucaultiano a faculdade de desconstruir a identidade e de perceber a subjetividade de outro modo, enquanto processo e não mais de modo rígido, como entender a aparente dificuldade de diálogo entre as feministas e as adeptas do parto humanizado? Por que, no entender das mulheres desta etnografia, o feminismo é algo tão distante? Ou, do outro lado da margem, por que o parto e a maternidade figuram, hoje, como temas prosaicos no interior da reflexão feminista, desde que pensados no interior da família nuclear, nas camadas médias e entre mulheres heterossexuais? Se algumas mulheres do parto humanizado resistem ao feminismo, por que as feministas no Brasil e no mundo, por vezes, ainda na atualidade, percebem a maternidade nos moldes anunciados no *Segundo Sexo* (1949)? Estão ainda imersas nos antigos modos de sujeição, ou seja, na perspectiva de que ou se é mãe ou se é feminista, ou se é instinto, ou se é feminista feia e mal-amada?

Para Rago, as feministas experimentaram e criaram novos processos de subjetivação e estariam mais abertas à (re) invenção de suas próprias teorias e subjetividades. De minha parte, aventaria a possibilidade de que, entre as mulheres que analisei, existiria uma tentativa semelhante, em que pese, em alguns momentos, reiterarem uma versão hegemônica de maternidade, enquanto natureza e animalidade; em outros momentos consideráveis, parecem anunciar uma maternidade e um parto bastante diferentes do que era considerado regra e normalidade na modernidade. Pois bem, se ambas parecem sugerir o aspecto processual de suas subjetividades, por que estão distantes se, segundo tópico anterior, estariam tão próximas?

Essas perguntas não têm respostas prontas; no mínimo, sinalizam a persistente dificuldade de abordar o tema e, de outro, o preconceito tanto com relação a uma quanto a outra margem do rio. Entretanto, ainda que fiquem essas questões abertas para reflexão futura, algo poderia ser indicado: que as subjetividades femininas, maternas e feministas parecem

estar em transformação, escapando dos aspectos normativos, hegemônicos e androcêntricos de outrora. Diante disso, a questão derradeira parece ou poderia ser como e quando feministas e adeptas de outros modos de dar à luz poderiam dialogar de maneira mais direta e profícua?

## À guisa de conclusão

É difícil encerrar um trabalho etnográfico devido à multiplicidade de questões e de frentes de problematização que o material do campo insistentemente pode apresentar. Em meu caso, como ainda optei pela soma entre a etnografia e a cartografia e por ter trabalhado com mapas socioafetivos, campos para a reflexão não deixaram de existir e muitos sequer puderam ser perscrutados, dado o limite de tempo e da necessidade de aprimoramento desta tese. Por essas razões, decidi por algumas aberturas e por um conjunto de pontos, pensando em trabalhar com o restante do material, que nunca se esgotará, em oportunidades futuras ou deixando-os para que outros pesquisadores se incumbam de fazer frutificar. Nesse sentido, recortes epistemológicos foram feitos com o objetivo de conferir certa consistência e coerência a esta pesquisa. Como esse é o momento em que, em geral, é preciso amarrar algumas de suas ponderações mais importantes, tentarei, nesse sentido trabalhar na esteira de recuperar um cenário das conclusões dos capítulos anteriores, apresentando um estado da arte desta pesquisa, sem, com isso, querer conferir linearidade ou unidade ao meu pensamento.

Em minha leitura, uma das primeiras conclusões importantes é a da diversidade de mulheres que hoje podem ser encontradas nos grupos de preparo para o parto humanizado. Como pontuei no primeiro e no segundo capítulo, pediu a atenção a falta de homogeneidade entre as mulheres que têm decidido por um parir “mais naturalmente” nos grupos em que realizei a pesquisa etnográfica. Pude conhecer, entrevistar e observar mulheres muito diferentes umas das outras, considerada a profissão, a orientação espiritual, o modo de alimentação, o local de moradia, as formas de sistema conjugal e as experiências prévias de parturição. De outra parte, ainda assim, pude desenhar, a *grosso modo*, um perfil dessas mulheres, a saber de camadas médias, portadoras da capacidade de escrita, conectadas ao mundo *cyber*, em sua maioria, brancas, heterossexuais e portadoras de capital cultural, aqui compreendido como uma capacidade de postura crítica diante de determinados regramentos sociais, ou então como de atitudes menos disciplinadas perante

determinados discursos de saber-poder. Essas seriam, em grandes linhas, as adeptas do parto humanizado, identificadas a partir deste estudo situado e microscópico.

Segundo uma das entrevistadas, esse seria um aspecto positivo do ideário do parto humanizado na atualidade, à medida que outros modelos de parto deixariam de ser algo debatido e praticado somente em “guetos”. De minha parte, tendo a concordar com a importância dessa pluralidade de mulheres, pelo fato de também contribuir para a desnaturalização da idéia de que partos “mais naturais” seriam experiências de “neohippies”, de mulheres “bicho-grilo”, de mulheres “naturebas” ou de pessoas “alternativas”. Dessa forma, acredito que a pesquisa trouxe à tona outro cenário, quando se comparada à pesquisa desenvolvida por Salem (1987), no Rio de Janeiro, na qual restou delineado um grupo mais específico de adeptos da filosofia do “parto sem dor”. Essa diversidade, hoje constatada, pode ser atribuída não só à pulverização e à crescente representatividade do ideário do parto humanizado no Brasil atual, mas também à presença recorrente da idéia de uma recuperação das experiências na contemporaneidade (Duarte, 2008) ou, ainda, a sinais de uma suposta “orientalização” do ocidente, nos moldes propostos pelo sociólogo Colin Campbell (2001). Essas seriam algumas das possibilidades de interpretação, porém, como meu objetivo não recai sobre esta questão, deixarei a pergunta em aberto, dando somente pistas e frentes investigativas a serem exploradas futuramente.

O segundo ponto a ser ressaltado seria o de que antes de desejarem um parto “mais natural”, sem as intervenções médicas de rotina ou a realização da cesárea, as mulheres encontradas nesses grupos parecem desejar com muito mais ardor “o parto e não mais um parto”, ainda que, para isso, tenham de passar por algum procedimento médico ou até mesmo pela incisão abdominal. Desse modo, tendo a pensar que, para essas mulheres, importa mais a consideração de sua pessoa, de sua corporalidade e de seu modo de vida, do que a “naturalidade” do parto propugnada no termo que tem nomeado suas práticas. Diante disso, inclino-me a perceber uma diferença entre, de um lado, os profissionais de saúde, as “doulas” e as ativistas da humanização do nascimento e, de outro, as mulheres dos grupos (gestantes, parturientes e mães) no que tange aos seus objetivos e concepções de parto

humanizado ou parto “mais natural”. De algum modo, entre elas, parece vigorar maior flexibilidade quanto ao que desenha um parto humanizado, seja quanto à anestesia e ao tempo de espera do trabalho de parto, seja com relação a outros aspectos, importando mais sua singularidade do que a prática de uma rotina ou de outra. Considerando dessa maneira, inegável é a influência do ideário em suas atitudes, porém, também, a divergência dele caso e quando pese mais a escolha daquela mulher que está para dar à luz. Dessa forma, prefiro trabalhar com a hipótese de que, mediante o discurso do parto humanizado, essas mulheres buscam mais o reconhecimento de sua singularidade, de sua diferença, de seus anseios e de suas expectativas.

Vimos que, na aceção das mulheres desta etnografia que tiveram uma cesárea prévia, ter um parto mais natural coincide com um enriquecimento de suas experiências de parto e que, por outra parte, para “as mães de primeira viagem”, aquelas que não tiveram um parto prévio insatisfatório, seria um modo de fazer dessa experiência algo condizente com sua existência pregressa e com seus estilos de vida. Nessa direção, seja em um grupo, seja em outro, a noção de “experiência” parece ter vindo na esteira daquilo que, para elas, é interpretado como intensidade e como afetação. Fazer do parto uma experiência e para isso escapar da rotina hospitalar e do modelo tecnocrático-hospitalar, parece ser, então, na leitura desses grupos, sinônimo de sentir-se afetada, de se permitir o descontrole, a surpresa e o porvir. Nesse sentido, é fazer do parto um acontecimento mais amplo do que a fisiologia e o ato médico, inserindo nele aspectos de ordem emocional, psíquica, pessoal, social, cultural, sexual e espiritual, de tal modo que, para essas mulheres, experienciar o parto é o permitir-se fluir, sem sua aceleração, sua postergação ou sua interrupção e em um tempo que não é o cronológico, razão por que procurei, no terceiro capítulo, por interpretações teóricas da idéia de experiência que pudessem me auxiliar a entender e a traduzir o relatado em campo.

Para entender esse fazer do parto uma experiência, vi-me orientada a trabalhar com suas noções de perigo, de risco e de dor, para mapear como essas sensações eram vivenciadas pelas adeptas do parir diferente. Essa fenda etnográfica trouxe à tona aceções diferentes de dor, como procurei ressaltar também no terceiro capítulo. Diante disso, percebi que o medo

da dor existe, persiste e funciona como fonte de preocupação entre as mulheres, mas que estas, ao contrário de evitá-la, decidem enfrentá-la, indo de encontro ao desconhecido na maioria dos casos, ainda que algumas peçam pela analgesia. Por isso, risco e perigo figuram de maneiras diferentes porque, em muitos casos, vêm alojados nas instituições hospitalares, temendo-se mais a despersonalização, o corte, a incisão, o tratamento rotineiro, a artificialidade e a frustração decorrente de não terem vivido o parto como pretendiam do que o risco e o perigo de morte e de sofrimento fetal. Nesse jogo, a casa pode representar a segurança quando e se comparada ao hospital, enquanto o tempo que é acolhimento, próprio da casa, aquele que deixa fluir e que faz esperar, pode significar a proteção do *timing* esquadrinhado dos manuais de obstetrícia. Em razão disso, para as que já tinham tido uma cesárea, o medo maior era, por exemplo, o do trauma e o da cicatriz emocional que já tinham experimentado em uma gestação anterior, era o medo de viver de novo algo que, para elas, havia sido sofrido, solitário e agressivo.

Se risco e perigo assim figurados acabaram dando ensejo a traduções diferentes de dor, “a dor que se sente, mas se esquece”, “a dor que não é sofrimento” e “a dor que não existe, mas é prazer”, a abertura para o descontrole, o estranho e o atípico, para gemidos, sensações corpóreas, dilatação dos corpos, suores e odores, acabou, depois, gerando uma leitura de parto que é também uma experiência espiritual e sexual. Para descrevê-lo, desenvolveram a noção de “partolândia”, um estado alterado de consciência vivido por algumas dessas mulheres durante as contrações uterinas ou durante a passagem da criança pelo canal de parto. Nem todas viveram a partolândia, mas para as que disseram tê-la experimentado, o desconhecido nela inscrito viera interpretado como êxtase e transe, separada ou simultaneamente. Diante disso, o corpo da mulher apareceu, entre as mulheres do parto humanizado analisadas, de modo positivado, enquanto corpo que é ponte para situações de gozo, de satisfação e de contato com um sagrado que é imanente, por vezes, borrando inclusive a dicotomia entre o sagrado, o profano e sua conexão com a sexualidade.

Por isso, procurei também compreender a idéia de corpo que circula entre essas mulheres. Depois de minhas incursões interpretativas e teóricas, cogitei que esse corpo é integralidade

e relação, a um só tempo, e que, por isso, dá também contornos à noção de pessoa também entre elas operante. No tocante à noção de pessoa operante nos grupos, partindo do debate antropológico sobre individualismo e perspectivas mais relacionais, percebi que, em suas narrativas e práticas, misturavam características de ambos os modelos de análise, quando e se considerar que, de um lado, trabalham com a noção de liberdade, de autonomia, de direitos, próprias do modelo individualista, mas que, de outro, também sinalizam interpretações de pessoa mais relacionais, enquanto resultado de um conjunto de relações sociais que constroem e delimitam o que se entende por pessoa. Posto dessa maneira, prefiro a hipótese de que tanto corpo quanto a noção de pessoa vêm embebidos da premissa de uma integralidade, de uma totalidade e de pertencimento conformados socialmente. Desse modo, despontam como constructos de relações intersubjetivas, inexistindo um corpo prévio ou uma personalidade anterior, ou seja, *a priori* ou *per si*, a serem encontrados ou a serem considerados como pontos de partida rígidos para quaisquer questionamentos ou apreensão de mundos. Há, assim, ao menos no que dizem essas mulheres, um jogo incessante, em que o corpo e a pessoa são, a um só tempo, não só produtos, mas também produtores de cultura e, nesse sentido, os processos de despersonalização acontecem quando, no interior dos hospitais ou em consultas médicas, essas mulheres não são vistas em sua integralidade corporal, psíquica e emocional, ou seja, quando não são valorizadas em sua singularidade e em sua diferença. De mesmo modo, vigora uma descaracterização do corpo, quando esse corpo é tratado de forma segmentada, de modo compartimentado e enquanto um conjunto de órgãos, porque, na leitura das adeptas do parir diferente, o corpo é muito mais do que a soma biológica de sangue, ossos, órgãos e derme; é o corpo-ponte, o corpo-potência, no qual se tece a subjetividade.

Outra interpretação interessante aqui a ser recuperada é a da idéia de corpo que é ponte e de que o corpo da mulher é abertura para experiências positivas e, por elas, tidas como intensas e únicas. Esses pontos foram anunciados no terceiro e no quarto capítulo, ocasiões em que procurei conjugar e distanciar as perspectivas feministas de corpo das encontradas durante a etnografia. De maneira geral, tratei de trazer à tona como o corpo grávido e o corpo parturiente podem ser simbolizados no registro do positivo e da potência nesses grupos de mulheres e, por conseguinte, na contracorrente de apreensões médicas e

psicanalíticas que, desde a modernidade e até mesmo antes dela, tenderam a catalogá-lo negativa e hierarquicamente perante o masculino, como lócus de descontrole, de patologia, de furor hormonal, de padecimento e de risco, não somente para a criança, mas também para a própria mulher. Se o corpo feminino em geral já foi considerado “vítima de sua própria natureza”, foco de escárnio religioso, de impurezas e de corrupção, nos relatos dos partos aqui analisados, na maioria dos casos, figurou como corpo que não é impuro e que, mediante sua sexualidade, pode desencadear o contato com o sagrado e que como corpo, cuja natureza é a capacidade de gerar, de ser dois em um, teria em si mesmo uma capacidade auto-erótica (Irigaray, 2009), que ao parir, poderia sentir prazer em vez de dor.

Disso decorreu também a tematização de suas concepções de saúde e doença. Vi como, entre grande parte dessas mulheres, a saúde é a regra, é o que está dado e não o que se precisa perseguir, controlar, checar e prevenir, divergindo da necessidade de disciplina e da linha de argumento que deu contornos à biopolítica a partir do século 19 (Foucault, 2002). Diante disso, saúde é não intervir, é o deixar fluir, enquanto a doença seria a intervenção e a artificialidade e, de algum modo, é exatamente isso que condenam na prática da medicina contemporânea, a saber, o controle constante, a ameaça do risco e do perigo que contribuíram para que a entendessem como a medicina “que vibra na doença” e do corpo que “já não aguenta mais”.

Poder-se-ia, diante disso, ainda colocar em questão se as práticas dessas mulheres, de querer “ter o parto e não mais um parto”, que entendemos como dotadas de uma volição de singularidade, não seriam atitudes narcisistas de tempos como os nossos e tão bem analisadas por autores como Lasch (1983) e Sennett (1998). Essa poderia, de fato, ser uma possível leitura de suas escolhas, contudo, como procurei demonstrar no terceiro capítulo, inclino-me a descartar esse posicionamento à medida que, durante a etnografia, pude verificar o envolvimento de muitas das “já paridas” com o movimento da humanização em geral, seja mediante a participação em grupos e listas, seja de maneira mais direta, como doula, preparadora perinatal, médica ou usuária dos serviços de saúde, que depois reorientaram suas atividades profissionais de modo a difundir o tema em ambientes mais restritos, mas também em atividades públicas, como congressos, passeatas, caminhadas e

audiências públicas; e tudo isso, além do *cyber* ativismo tantas vezes anunciado nas páginas que antecederam essas conclusões.

Depois de revisão bibliográfica e da pesquisa etnográfica, entendi por bem trabalhar com a hipótese de que o ideário do parto humanizado é o resultado de um conjunto de matrizes discursivas anteriores e contemporâneas, como as “vanguardas obstétricas” das décadas de 1950 e 1960, na França; o movimento pelos direitos civis nos EUA; a articulação feminista internacional e nacional (dos anos de 1980); a ecologia; a contracultura; o advento da “medicina baseada em evidências” e as propostas de parto alternativo nacionais anteriores à sua configuração (Galba Araújo, Cláudio Parcionick e Hugo Sabatino, entre outros) (Salem, 1987 e Tornquist, 2004). Contudo, centrando-me mais na tensão entre feminismos e adeptas do parto humanizado, cheguei à conclusão de que, por mais que entre as mulheres desta etnografia, exista a dificuldade em reconhecer a contribuição do discurso e das práticas feministas em suas atitudes, a decisão por um parto mais natural e os feminismos não poderiam ser dissociados e, por causa disso, dediquei o último capítulo deste trabalho a essa questão.

Nessa direção, vejo que o que hoje circula em nossa sociedade como “parto humanizado” torna-se impensável se desconsiderada a mobilização feminista dos anos de 1960, 1970 e 1980, no Brasil, ou até mesmo as idéias de feministas anarquistas que as precederam, como Maria Lacerda de Moura (Rago, 1993). Nesse contexto, procurei ressaltar como a questão da saúde da mulher foi pautada por mulheres preocupadas com a situação feminina no Brasil, dando ensejo ao PAISM, conferências pela saúde da mulher, coletivos feministas de sexualidade, concretude aos slogans “meu corpo me pertence” e “o pessoal é político” e, mais recentemente, aos tratados internacionais que versam sobre a proteção da saúde da mulher e assistência médica de qualidade enquanto direitos humanos, pois, desses requerimentos e atos despontou a idéia de integralidade do corpo e da saúde da mulher, bem como a crítica ao controle e ao esquadrinhamento de seus corpos. De igual modo, considerando que as adeptas do parto humanizado falam também sobre direitos, políticas públicas e sobre a necessidade de reforma do sistema de atenção ao parto, percebi também que não poderia tematizar suas práticas sem deixar de percebê-las como resultado de

demandas feministas que, décadas antes, já solicitavam o reconhecimento da mulher enquanto sujeito de direito e cidadã.

Dessa maneira, se hoje é possível encontrar mulheres que versam abertamente sobre sua sexualidade, sobre a possibilidade de gozarem no parto, que querem ser mães sem abdicar de suas carreiras profissionais, que questionam os médicos, estabelecem outros arranjos de gênero em suas relações afetivas e que lêem seus corpos no registro do positivo e da potência, desconsiderar quanto o feminismo contribuiu para tudo isso parece-me um engano e o não reconhecimento do resultado de demandas históricas demasiadamente importantes para um parto e uma “maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada” (Diniz, 2000).

De outro lado, recuperei também como o próprio feminismo, em sua pluralidade, carrega a dificuldade de pensar o parto e a maternidade em outras acepções que não as já ventiladas socialmente e além da maternidade contratada (Rich, 1996). Desde os primórdios do feminismo, a maternidade, apreendida na chave da biologia também pelas feministas, gerou resistência e negatividade. Dessa maneira, também as feministas trabalharam com a noção da maternidade-mandato, por certo que para combatê-la, mas, ainda assim, seguiram tematizando a maternidade como anatomia, com exceção de riquíssimas e poucas iniciativas que procuraram discutir sua dimensão simbólica e social, (re)pensando a maternidade enquanto experiência (Rich, 1996). Refiro-me aqui aos feminismos brasileiros e para tecer tais comentários recorro às correntes feministas européias e a algumas poucas autoras norte-americanas que, nos mesmos anos de 1980, apontavam, lá fora, para outras possibilidades de se exercer e pensar sobre maternidade, bem como de se interpretar a figura e a subjetividade materna. Por isso, recuperei as correntes francesas, italianas e espanholas da “diferença sexual”, que alicerçadas no apagamento patriarcal da mãe, tomam de saída a necessidade de recuperá-la simbolicamente, mediante sua valorização e reconhecimento social, no enalço da construção de uma genealogia feminina. Esses feminismos, ainda que focos de inúmeras críticas por serem tidos voltados à essencialidade, ultrapassados e defensores de um matriarcado nunca corroborado, serviram de base para a desnaturalização de perspectivas feministas hegemônicas de maternidade e da própria

concepção de subjetividade feminista, já que, para essas feministas, o parto e a maternidade poderiam ser experiências extremamente importantes e revolucionárias para as mulheres e para a sociedade em geral (Rodrigáñez, 2008; Irigaray, 2009; Muraro, 1993 e Rich, 1996).

Por esse motivo, lançando mão de seus argumentos, pude nuançar o que se entende por existência feminista, apontando para outras possibilidades dialógicas entre feminismo e maternidade e, depois, entre feminismos e modelos de parto. Partindo desses aportes, como um dos últimos pontos articulados neste trabalho, passei a refletir sobre os novos ou outros modos de subjetivação feministas no Brasil contemporâneo, à luz dos trabalhos de Margareth Rago (2004, 2006 e 2009) e sinalizei a eventualidade da existência de novos modos de subjetivação femininos, maternos e feministas neste início de século, à luz das práticas de parir diferentemente aqui examinadas. Em que pese as adeptas do parto humanizado desta etnografia não se autodenominarem feministas, não perceberem nada de feminista em suas atitudes e cheguem a atribuir às demandas feministas a dificuldade de exercerem a maternidade como gostariam, a saber, de maneira dedicada e enquanto experiência importante para uma mulher, inclino-me a pensar que suas práticas procuram libertar a mulher gestante, parturiente e mãe da idéia moderna que se tinha dessas etapas da vida sexual e reprodutiva da mulher. Dessa maneira, tendo a perceber nesses grupos também atitudes feministas, tanto como resultado de demandas progressas do próprio movimento, como também no sentido de apresentarem a possibilidade de viver a gestação, o parto e a maternidade de outras formas.

Quanto ao parto, trazem à tona a idéia de que pode não ser um evento fisiológico, sofrido e médico, mas uma experiência pessoal, cultural e social, que pode vir a ser prazerosa, e uma abertura para o transcendente que, nesses casos, é paradoxalmente imanente. O parto, nessa outra cultura de nascimento, pode ser uma experiência de cuidado de si, de conformação subjetiva e uma abertura para afetação, podendo ser uma etapa de um processo de subjetivação constante de positivação da existência feminina. Nesse jogo, noções de corpo, de pessoa e de saúde aparecem revisitadas e desalojadas de visões rígidas e hierarquizantes, aparecem em novas roupagens, indicando o caráter histórico e cultural desses termos, assim como a influência de determinadas relações de poder em sua caracterização. Esse parto, na

leitura de nossas co-autoras, acaba restando como ponte também para afirmação da cidadania, da palavra e do mundo simbólico, tecido pelas próprias mulheres e não mais por outrem que, antes, as nomeavam.

O mesmo pode acontecer com a maternidade, à medida que se, antes, a mãe era circunscrita à castidade, à abnegação, à dedicação exclusiva e ao apartamento do mundo público, surgiria, aqui, como a mãe que conjuga a vida profissional, sexual, familiar e pessoal, vindo como a mãe que goza e que desempenha sua subjetividade cotidianamente, cuidando de suas múltiplas frentes de existência, sem abdicar, desde que assim queira, de nenhum de seus direitos de realização. Nesse cenário, parecem caber novos arranjos de sistemas conjugais, de papéis de gênero, da relação com o corpo, a espiritualidade e a sexualidade. Esses indícios poderiam, por esses motivos, sinalizar a aparição de novos ou de outros modos de existência feministas na atualidade, como bem tem pontuado Rago, ao dizer que, se antes, as feministas eram consideradas como boas oradoras, feias, mal-amadas, sapatão ou mulher sem filhos, hoje poderiam também despontar, como mulher que equilibra e conjuga beleza, erotismo, sucesso, moda e amor, sem primazia entre um ou outro aspecto. Nesse sentido, também importante ressaltar não parecer importar mais a feminilidade que é para o homem, a da sedução, da *femme fatale* ou da mulher objeto, tampouco a da mulher feminista “paraíba mulher-macho”, avessa ao mundo masculino, como bem descreve Birman (2003). Tratar-se-ia, assim, mais da mulher, que como Carmen, dos anos de 1980, estaria para a pura pulsão, para o excesso e para sua corporalidade, a saber, a mulher dona de seu próprio desejo.

Dessa maneira, o aqui vislumbrado pode ser de grande valia para a reflexão, maior flexibilização e destruição de idéias fixas de feminilidade, feminista, parto e maternidade, ainda que parto e maternidade não signifiquem a mesma coisa como bem anunciado em determinados momentos desta tese. Essa parece ser a grande contribuição destas práticas, a percepção da inexistência de identidades acabadas, mas de subjetividades em construção e da possibilidade de se pensar diferentemente do que se tem pensado. É lógico que nem todas as mulheres que se dizem adeptas do parto humanizado poderiam assim ser entendidas, pois muitas são as práticas que simplesmente repetem noções modernas de

parto e de maternidade. Entretanto, em minha compreensão, de nada valeria não ter a coragem de estranhar e conhecer o diferente, refletindo sobre os próprios modos de conhecer, pois, se assim não for, cada um permanecerá em leituras herméticas e preconceituosas de mundo, sem tomar contato com a produção da diferença e com as “linhas de fuga” que têm sido tecidas para escapar de “pensamentos-árvores” (Deleuze, 2001), já tão enraizados na cultura atual.

Para tudo isso, não posso aqui deixar de pontuar a extrema valia da teoria e prática da “antropologia reversa” de Roy Wagner (2010). Se empreendi um trabalho etnográfico calcado ou não na reversibilidade, é complicado afirmar isso por causa da própria complexidade de sua armação teórica, no entanto estou segura de que, nessa proposta, inspirei-me nela e de que foi, a partir dela, que decidi colocar em questão a grade de leitura feminista perante o parto e a maternidade. Esse salto teórico me ajudou a entender o que se passava em campo, a tensão entre as mulheres que querem parir diferentemente e os feminismos e, assim, a ponderar a respeito das contribuições de ambos os campos para cada um deles reversamente. Dessa forma, tratei cada uma dessas margens do rio como se fosse uma cultura de parto e de maternidade, aproximando-as e distanciando-as mediante suas metáforas e simbolizações e, depois do choque cultural, experimentado por nós, entre mim e as adeptas de outros modos de parir, pude, tendo a cultura feminista como ponte e tensão, estabelecer relações que, a meu ver, somente nos aproximaram no que tange às noções de corporalidade, de pessoalidade e de subjetividade feminina, indicando novos caminhos e novas possibilidades de leitura de mundo, de parturição e de maternagem.

Dessa maneira, saindo do que entendi como volição de singularidade e desejo de afetação, percorri o trajeto do risco, do perigo e da dor, em nome de uma experiência de parto enriquecida ou condizente com seus itinerários pessoais, cheguei à partolândia, ao parto como sexualidade e como espiritualidade, ao descontrolo positivado e às concepções de pessoa e de corpo como integralidade, tendo, por último, alcançado como resultado a possibilidade de outras paisagens subjetivas femininas, maternas e feministas. Dessa forma, feito esse percurso e desenhada esta etno-cartografia, preciso dizer que, entre as adeptas do parto humanizado e as feministas, percebi mais pontos de contato do que distanciamentos e

que cheguei à conclusão de que outra não poderia mesmo ter sido a minha impressão, dado que entre as duas margens de um mesmo rio, está, sempre e antes, o próprio rio, a comunicar, a trocar as águas e a fluir...

## Referências bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. *História e Infância: Destruição da experiência e origem da história*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

\_\_\_\_\_. *Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004

\_\_\_\_\_. *Profanações*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007

ALMEIDA, Miguel Vale de. “Corpo Presente. Antropologia do Corpo e da Incorporação”. In: ALMEIDA, Miguel Vale de (org.). *Corpo Presente. Treze reflexões antropológicas sobre o corpo*. Oeiras: Editora Celta, 1996, pp. 1-22.

ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto. “O parto na maternidade. Qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres”. In: BARBOSA, Regina Maria e al. *Interfaces: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva*. Campinas: Editora Unicamp, 2002. pp. 279-307.

AMORIM, Melânia Maria Ramos; MELO, Fabiana de Oliveira; LEITE, [Débora Farias Batista](#); ARAÚJO, Ivelyne Radaci; MELO, [Adriana Suely de Oliveira](#) e ALVES, [Jânio Nascimento](#). “Humanization of childbirth in Brazil: results in a public maternity in Northeast”. In: *XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, 2009, Cape Town. International Journal of Obstetrics and Gynecology*. London : Elsevier, 2009. v. 107. p. 405-405.

ARÁN, Márcia. *O avesso do avesso. Feminilidade e novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

-----, *Le conflict. La femme et la mère*. Paris : Éditions Flammarion, 2010.

-----. *O conflito. A mulher e a mãe*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2011.

BARBOSA, Gisele Peixoto e outros. “Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, n. 19. Rio de Janeiro, 2003. pp. 1611-1620.

BATAILLE, Georges. *Teoria da religião*. Editora Ática: São Paulo, 1993

-----. *El erotismo*. Tusquets Editores: Barcelona, 1979.

BATISTA, Luis Eduardo. “Alguns aspectos das políticas de saúde da mulher no Brasil – o PAISM: um estudo de caso”. In: SCAVONE, Lucila e BATISTA, Luis Eduardo (orgs.). Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras, Laboratório Editorial, 2000. pp. 49-65.

BENJAMIN, Walter. *Magia e Técnica, Arte e Política*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

BENITES, Luiz Felipe Rocha. “Cultura e Reversibilidade: breve reflexão sobre abordagem “inventiva” de Roy Wagner”. In: *Campos – Revista de Antropologia Social Vol. 8 (02)*, Curitiba, 2007.

BERQUÓ, Elza (org.). *Sexo e vida. Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

BIRMAN, Joel. *Cartografias do Feminino*. São Paulo: Editora 34, 2003.

BRAH, Avtar. “Diferença, Diversidade, Diferenciação”. In: *Cadernos Pagu*, 26. Campinas, 2006. p. 329-376.

BRENES, Anayansi Correa. “História da parturição no Brasil, século 19”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, n. 7. Rio de Janeiro, 1991. pp. 135-149.

----- . *Bruxas, comadres ou parteiras. A obscura história das mulheres e a ciência*. Belo Horizonte: Editora Pelicano, 2005.

CAIAFA, Janice. “A pesquisa etnográfica”. In: *Aventura das Cidades: ensaios e etnografias*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. pp. 135-180

CAMPBELL, Colin. *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CHODOROW, Nancy. *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa, 1984.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e Norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COLOMBANI, María Cecilia. *Foucault y lo político*. Buenos Aires: Prometeo libros, 2008.

CRENSHAW, Kimberlé. “Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero”. In: *Revista Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, 2002. p. 171-188.

CSORDAS, Thomas. *Corpo, significado e cura*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2008.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Editorial Creavida, 2009.

----- . “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth” In: *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics. Internacional Conference on Humanization of Childbirth*. Brazil, Fortaleza, 2-4 november 2000, pp. 5-23. Disponível em: [www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br), acessado em 6 de out. 2007.

DA MATA, Roberto. “O Ofício do Etnólogo, ou como Ter “Anthropological Blues””. In: NUNES, E. O. (org). *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. pp. 23-35

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 2006.

----- . “La inmanencia: uma vida...” In: *Ensayos de biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Editora Paídos, 2007. pp. 35-40.

DELEUZE, Gilles e GUATARRI, Félix. *Mil platôs. Capitalismo e Esquizofrenia Vol. 3*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

\_\_\_\_\_. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

----- . “¿Que es un dispositivo?”. In: *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990. pp155-161.

DEL PRIORE, Mary. “Magia e Medicina na Colônia: O corpo feminino”. In: DEL PRIORE, Mary (org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto e Editora UNESP, 1997. pp. 78-114.

----- . “Mentalidades e práticas em torno do parto”. In: DEL PRIORE, Mary. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidade, mentalidades no Brasil colônia*. Brasília: Editora UnB, 1993. pp. 254-293.

D’EAUBORNE, Françoise. *As mulheres antes do Patriarcado*. Lisboa: Editora Veja, 1988

DINIZ, Carmen Simone Grilo e outros. “História do coletivo. O feminismo e o movimento de mulheres pela saúde”. In: *Saúde das Mulheres. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde, 2000. pp. 15-23.

----- . “Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada”. In: *Saúde das Mulheres. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde, 2000. pp. 79-98

----- . “O trabalho com violência de gênero como questão da saúde”. In: *Saúde das Mulheres. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Fem. Sexualidade e Saúde, 2000. pp. 115-127.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 1996.

-----. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2001.

-----. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento” In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3). São Paulo, 2005. pp. 627-637.

DINIZ, Simone Grilo e DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira e outros. “Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, n. 20 Sup. Rio de Janeiro, 2004. pp. 52-S62.

*Dossiê Humanização do Parto*. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos, São Paulo, 2002.

DOUGLAS, Mary Douglas. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Editora Retrospectiva, 1976.

DUARTE, Luiz Fernando. “A pulsão romântica e as Ciências Humanas no Ocidente”. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 19, n. 55. São Paulo, 2004. pp. 5-17.

-----. “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença”. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 173-183, 2003.

DUMONT, Louis. *O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1985.

FERNANDES, Betânia Maria. “Representações Femininas do Parto Normal e da Cesárea”. In: BRANDÃO, Elaine Reis (org.). *Saúde, Direitos Reprodutivos e Cidadania*. Juiz de Fora: Editora UFJF e Fundação MacArthur, (data), pp. 27-52.

FREIRE, Gilberto. *Sobrados e Mucambos*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1936.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.

-----. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

-----. *Arqueologia do Saber*. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2002.

-----. *História da Sexualidade II. O uso dos prazeres*. São Paulo: Graal, 2007.

-----. *História da Sexualidade I. Da vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2005.

-----. *História da Sexualidade III. Cuidado de si*. São Paulo: Graal, 2004.

\_\_\_\_\_. “La gubernamentalidad” In: *Ensayos de biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires: Editora Paidós, 2007. pp. 187-215.

-----. “Introdução à uma vida não fascista”. Texto disponível em [www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/](http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/), acessado em 18 de novembro de 2008.

-----. “A Escrita de Si”. In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). *Ditos e Escritos V. Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006, pp. 144-162.

-----. “Uma Estética da Existência”. In: MOTTA, Manoel Barros da (org.). *Ditos e Escritos V. Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2006, pp. 288-294.

GARRETAS, María-Milagros Rivera. *El cuerpo indispensable*. Madrid: Horas y horas Editorial, 2001.

GEERTZ, Clifford. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

-----. *A interpretação das culturas*. São Paulo: LTC, 2001.

HAYS, Sharon. *Contradições Culturais da Maternidade*. Rio de Janeiro: Gryphus, 1998.

HIRATA, Helena e outros. *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

IRIGARAY, Luce. *El sexo que nos es uno ni dos*. Madrid: Akal, 2009.

JAY, Martin. *Cantos de la experiencia. Variaciones modernas sobre un tema universal*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2009.

KITZINGER, Sheila. *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Editora Presença Ltda, 1978.

LABRA, Maria Eliana (org). *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes e ABRASCO, 1989.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando Sexo: Corpo e Gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAPLANTINE, François. *Aprender Antropologia*. São Paulo: Brasiliense, 2007.

LASCH, Christopher. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983

LEBOYER, Frederick. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Ground, 1981.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

LUTZ, Catherine. *Unnatural Emotions. Everyday sentiments on a Micronesian Atoll. Their Challenge to Western Theory*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1998.

MALUF, Sônia Weidner. “Antropologia, Narrativas e a Busca de Sentido”. In: *Horizontes antropológicos*. Porto Alegre, ano 5, n.12. p. 69-82, dezembro de 1999.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino. A medicina da mulher no século XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MURARO, Luisa. *El orden simbólico de la madre*. Madrid: Horas y Horas Editorial, 1991.

NEGRÃO, Lísias Nogueira. “Trajetórias do sagrado”. In: São Paulo: *Tempo Social. Revista de Sociologia da USP*, v. 20, n.2, 2008, pp. 116-132.

NOGUEIRA, Adriana Tanese. *Mulheres contam o parto*. São Paulo: Itália Nova Editora, 2003.

NOGUEIRA, Maria Inês & CAMARGO Jr, Kenneth Rochel. “A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde”. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 14, n. 3, Rio de Janeiro, 2007. pp. 841-861.

*Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La guía definitiva para la salud de la mujer latina*. Por la Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston. Nueva York: Sietecuentos Editorial, 2000.

ODENT, Michel. *A cientificação do amor*. São Paulo: Terceira margem, 1999.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. *Sobre Pensamento antropológico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

ORTNER, Sherry B. 1974. "Is female to male as nature is to culture?" In: M. Z. Rosaldo and L. Lamphere (eds). *Woman, culture and society*. Stanford, CA: Stanford University Press, pp. 68-87.

OSAKA, Johanna. "Anarchic Bodies: Foucault and the Feminist Question of Experience". In: *Hipatia*. Vol. 19, number 4, Fall 2004, pp. 97-119. Published by Indiana University Press, 2004, pp. 97-119.

*Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Saúde*. Ministério da Saúde, DF. 2003.

PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena e CARRARA, Sérgio (orgs.). *Sexualidades e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

PEIRANO, Mariza G.S. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PELBART, Peter Pál. "Vida e morte em contexto de dominação biopolítica". Conferência de 03 de outubro de 2008 organizada pelo IEA da USP. Texto disponível em [www.iea.usp.br/textos](http://www.iea.usp.br/textos), acessado em 17 de novembro de 2008.

RAGO, Margareth. *Do cabaré ao lar. A utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1997.

----- . "Cultura do Narcisismo, política e cuidado de si". In: *Pesquisas sobre o corpo. Ciências Humanas e Educação*. São Paulo: Fapesp, 2006.

----- . "Narcisismo, Sujeição e Estéticas da Existência". In: *Verve*, Revista semestral Nu-Sol, Programa de Estudos de Pós-Graduação PUC-SP, 9, 2006.

----- . "Feminismo e Subjetividade em Tempos Pós-Modernos". In: LIMA, Claudia Costa. *Poéticas Políticas Feministas*. Florianópolis: Editora das Mulheres, 2004.

----- . "Feminizar é preciso, ou Por uma cultura filógina". São Paulo: *Revista do SEADE*, 2002.

----- . *Foucault, História & Anarquismo*. Rio de Janeiro: achiamé, 2004.

-----. “Cartografias de si no feminismo da diferença: Amelinha, Gabriela, Norma”. *Revista Gênero*, 2009, no prelo.

RICH, Adrienne. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Editora Cátedra, 1996

RODHEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

RODRIGÁÑEZ, Casilda. *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia: Ediciones Crimentales, 2008.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Editora Estação Liberdade, 1989.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, 1994.

SAAD, Favret. “Ser afetado”. In: *Cadernos de Campo 13. Revista dos alunos de pós-graduação em Antropologia Social da USP*. São Paulo, 2005. pp. 155-161

SABATINO, Hugo. *Parto Humanizado*. Campinas: Editora Unicamp, 2001.

SALEM, Tania. *O casal grávido. Disposições e Dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SANAHUJA YII, María Encarna. *Cuerpos sexuados, objetos y prehistoria*. Madrid: Editora Cátedra, 2002.

SAU, Victoria. *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria, 2004.

SCAVONE, Lucila e BATISTA, Luis Eduardo. *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras UNESP, Laboratório Editorial, 2000.

----- . “A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais”. *Unicamp: Cadernos Pagu* 16, 2001: pp. 137-150.

SCOTT, Joan. “Experiência”. In: SILVA, Alcione Leite; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina. *Falas de gênero*. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

SENNETT, Richard. *O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade*. Companhia das Letras: São Paulo, 1988

SIMMEL, Georg. *Religião. Ensaios – volume ½*. São Paulo: Editora Olho d’água, 2010.

SOUZA, Heloisa Regina. *A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação (Mestrado). PPGAS-UFSC, Florianópolis, 2005.

STRATHERN, Marilyn. *O Gênero da Dádiva. Problemas com as mulheres e problemas com a sociedade melanésia*. Campinas: Editora Unicamp, 2008.

TORNQUIST, Carmen Susana. *Parto e Poder. O movimento de humanização do parto no Brasil*. Tese (Doutorado). PPGAS-UFSC, Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. “Humanização do Parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd”. In: *Revista de Estudos Feministas*. Florianópolis, v. 10, 2002.

TURNER, Victor. *O processo ritual. Estrutura e Antiestrutura*. Petrópolis: Editora Vozes, 1974

----- . *Drama, Fields and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Ithaca and London: Cornell University Press, 1974

\_\_\_\_\_. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1980

\_\_\_\_\_. *The anthropology of performance*. New York: PAJ Publications, 1987

VAN GENNEP, Arnold. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Editora Vozes, 1978

VELHO, Gilberto. “Observando o familiar”. In: NUNES, E. O. (org). *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. pp. 36-46

VILLELA, Wilza Vieira e ARILHA, Margareth. “Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos”. In: BERQUÓ, Elza. *Sexo e Vida. Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp, 2003.

WAGNER, Roy. *A invenção da cultura*. São Paulo: COSACNAIFY, 2010.

-----. *The invention of the culture*. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

-----. *Symbols that stand for themselves*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.

## Revistas

*Revistas DUODA – Centre de Recerca de Done*. Barcelona: DUODA

Revista de Estudos Feministas (REF)

Cadernos PAGU – Unicamp

Cadernos de Saúde Pública

## Sites acessados

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

[www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)

[www.amigasdoparto.org.br](http://www.amigasdoparto.org.br)

[www.rehuna.org.br](http://www.rehuna.org.br)

[www.who.it](http://www.who.it)

[www.unicamp.br](http://www.unicamp.br)

[www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)

[www.folhauol.com.br](http://www.folhauol.com.br)

[www.centrocochranedobrasil.org](http://www.centrocochranedobrasil.org)  
[www.nacimientonatural.com](http://www.nacimientonatural.com)  
[www.veja.abril.com.br](http://www.veja.abril.com.br)  
[www.mulheres.org.br](http://www.mulheres.org.br)  
[www.ub.edu/duoda](http://www.ub.edu/duoda)  
[www.titania-tasco.com](http://www.titania-tasco.com)  
[www.migjorn.net](http://www.migjorn.net)  
[www.marenostrumcsf.com](http://www.marenostrumcsf.com)  
[www.mulheresequilibristas.com.br](http://www.mulheresequilibristas.com.br)  
[www.partoalternativo.blogspot.com](http://www.partoalternativo.blogspot.com)  
[www.soscorpo.org.br](http://www.soscorpo.org.br)

## **Registros audiovisuais**

*Nascendo no Brasil*. Direção: Carla Biasucci. Brasil, 2008

*Orgasmic Birth*. Direção: Debra-Pascali. EUA, 2009.

*Três gerações e um destino*. China, 2004. Direção: Yong Hou.

*Empodere-se. O parto é seu!* youtube.com/watch?v=VaXVceQhdCo, 2011

*Birth Day*. México, 2007. Direção: Naoli Vinaver.