

## 2. Parto, corpo e classe

Esse capítulo está dividindo em três grandes seções. Na primeira, tratou-se da concepção de corpo prevaiente na Modernidade, que, como se verá a seguir, serviu de referencial contrastivo para o movimento em favor da “humanização” do parto e do nascimento. Na segunda, o foco foi o ideário da “humanização”, procurando elencar suas influências e preceitos. A última seção dedicou-se à relação entre parto e classe, apontando para como a origem social de uma mulher afeta o tipo de experiência de parto que ela terá. Por fim, tratou-se de apresentar como mulheres de diferentes camadas sociais tiveram acesso ao parto “natural” e/ou “humanizado”.

### 2.1. O parto “humanizado”: uma crítica aos “excessos” da Modernidade

A proposta de parto “humanizado” busca atribuir um novo significado e uma nova representação ao parto e ao nascimento, e, de acordo com seus divulgadores, surge em resposta às práticas médicas altamente tecnológicas e institucionalizadas que predominam nas sociedades ocidentais, onde as parturientes geralmente são excluídas do processo de tomada de decisões relativas a seu corpo<sup>6</sup>.

Segundo a antropóloga e ativista Robbie Davis Floyd (2000), a “humanização” surgiu em reação aos excessos do modelo biomédico de assistência ao parto, cujo paradigma seria a cesárea, mas que também encontrariam expressão no parto “normal” tal como realizado nos hospitais, com procedimentos médicos e farmacológicos administrados de rotina. Diante desse cenário, alguns profissionais insatisfeitos com o modelo hegemônico procuraram modificar suas práticas, tornando-as “mais relaciona[is], mais recíproca[s], individualizada[s], receptiva[s] e empática[s]” (Davis-Floyd, 2000).

---

<sup>6</sup> O estudo de Menezes (2004) sobre o ideário da “boa morte” revelou-se uma importante referência, uma vez que várias semelhanças podem ser apontadas entre as propostas de “humanização” da morte e do parto, isto é, do fim e do início da vida.

Assim, é possível dizer que o projeto de “humanização” surgiu a partir de uma crítica ao modelo biomédico hegemônico, que a autora nomeia de “tecnocrático” e que é adotado pelos ativistas em favor da “humanização” como referencial contrastivo. Dessa forma, para compreender o projeto de “humanização” é necessário apresentar a concepção moderna de corpo, a partir da qual se funda o modelo biomédico.

### **2.1.2. O corpo na Modernidade**

Uma série de transformações ocorreu na sociedade europeia a partir dos séculos XVI e XVII, vindo a configurar o que se definiu como Modernidade. Essa nova feição, marca das sociedades ocidentais, estendeu-se por diversas partes do mundo e, como bem observou Heilborn (2004), está na origem de modos estruturadores da vida contemporânea, ainda que também esta tenha passado por mudanças significativas. Para os propósitos desse estudo, se buscará traçar um breve panorama do mundo moderno, tendo o corpo como foco e fio condutor. Para tanto, despontarão como importantes referências os trabalhos de Le Breton (2011, 1999), Rodrigues (2008) e Leder (1992).

Para compreender algumas práticas, discursos, representações e imaginários sobre o corpo na sociedade ocidental moderna, Le Breton (2011) recorre à etnologia e à história, enquanto Rodrigues (2008) lança mão primordialmente da história. A distância, seja geográfica ou cronológica, possibilita a comparação, uma das estratégias mais fundamentais da Antropologia. Por meio do contraste com esses “outros” corpos – simultaneamente resultado da biologia e constructo social –, é possível apreender a concepção de corpo prevalecente na Modernidade.

Baseando-se no estudo de Leenhardt (1947) sobre a sociedade canaque, na Melanésia, Le Breton (2011) sinaliza como naquele grupo o corpo participa em sua totalidade de uma natureza que o assimila e o envolve. Para os canaque, o corpo recebe suas características do reino vegetal, entrelaçando sua existência às árvores, aos frutos e às plantas. Isso significa que as mesmas matérias operam no mundo e na carne, promovendo uma solidariedade e uma intimidade entre os homens e o ambiente, no qual estão imersos.

Na visão canaque, não há fronteiras entre os vivos e os mortos e seus ancestrais provêm de árvores da floresta, estas simbolizando o pertencimento ao grupo. É interessante destacar que, ao nascer uma criança, seu cordão umbilical é enterrado e, sobre ele, planta-se uma árvore, que deverá crescer junto com o infante. Além disso, entre os canaque o homem só existe pela sua relação com os outros, sendo apenas um reflexo da coletividade que o conforma. Em sua análise sobre a cosmogonia tradicional canaque, Le Breton afirma que:

“*A fortiori*, o corpo não existe. Pelo menos, não no sentido em que o entendemos hoje em nossas sociedades. O ‘corpo’ (o *karo*) é aqui confundido com o mundo; ele não é o suporte ou a prova de uma individualidade, porquanto esta não está fixada, uma vez que a pessoa repousa sobre fundamentos que a tornam permeável a todos os eflúvios do meio ambiente” (Le Breton, 2011: 25)

A perspectiva corporal dos canaque, descrita por Le Breton (2011), na realidade pouco tem de particular quando comparada a outras sociedades não-ocidentais, fartamente documentadas por antropólogos ao longo das décadas. Nessas sociedades, ditas tradicionais, o corpo não é visto como indiscernível do cosmos, da natureza ou da comunidade. As representações sobre o corpo costumam ser, de fato, representações sobre a pessoa, não havendo separação entre o sujeito e seu corpo. O sujeito “é” seu corpo. A marca é a indistinção, ou melhor, a conexão: a imagem do corpo é uma imagem de si, conformada pelas mesmas substâncias que compõem o outro e a natureza. Como destacou Rodrigues (2008), trata-se de um corpo no plural, não de uma propriedade privada. Característico de sociedades de conformação holista, este corpo é a própria realidade da pessoa, e não sua máscara ou marca de uma identidade social. Segundo o autor, “o ser humano deste corpo não configura um mundo interior, fechado, no qual deva penetrar para se encontrar a si mesmo ou, antes para se descobrir. (...) Ele é muito mais superfície do que profundidade” (Rodrigues, 2008: 191).

A descrição desse corpo, que pode ser chamado de “tradicional”, certamente corresponde a uma generalização, e, como qualquer outra, corre o risco de incorrer em simplificações. Porém, tal caracterização modelar serve como um instrumento de análise, possibilitando compreender, por contraste, a concepção de corpo predominante no seio das sociedades ocidentais, o que parece justificar o uso desse recurso.

Assim, se o corpo “tradicional” é um corpo coletivo, em unidade com os outros, a natureza e o cosmos, nas sociedades ocidentais o corpo, por outro lado, desponta como fator de individuação, marcando a fronteira entre um sujeito e outro, encerrando-o em si mesmo. Impensável em sociedades de organização social de inspiração holista, a concepção moderna do corpo é, segundo Le Breton (2011), resultado do advento do individualismo ocidental, da emergência de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza e da institucionalização do saber médico sobre o corpo.

Como já destacara Dumont (1992), o individualismo como valor, muitas vezes tido por universal, é na prática fruto do “adestramento social”. No entanto, essa configuração ideológica, na qual as partes prevalecem sobre o todo e os elementos sobre as relações, disseminou-se de tal maneira no Ocidente que o autor chamou a atenção para a quase sacralidade na qual se converteu o indivíduo nessas sociedades. Indivisível e particular, cada homem passou a encarnar a humanidade inteira, sendo “a medida de todas as coisas” (1992: 57). Assim, enquanto ser racional e sujeito normativo das instituições, o indivíduo passou a despontar como valor moral central na ideologia ocidental, a ele estando associados ideais de liberdade e de igualdade, marcas da Modernidade.

É importante destacar que o avanço do individualismo enquanto estrutura social floresceu *pari passu* com a medicina moderna. Nesse sentido, segundo Le Breton (2011), os anatomistas tiveram papel fundamental na transformação da representação do corpo, que é tributária da concepção de pessoa. De acordo com o autor, foi a partir da dissecação dos corpos que emergiu a idéia de um sujeito “tripartido”, cuja imagem até hoje vigora no Ocidente. Cindido de si mesmo, o sujeito passou a se perceber como “tendo” um corpo e não mais como “sendo” um corpo, daí resultando a distinção entre corpo e alma ou entre corpo e mente. Ao mesmo tempo, o homem passou a se enxergar como separado dos demais, isto é, como um indivíduo, singular e autônomo. Nesse mesmo movimento, o sujeito começou a se perceber como cindido do universo, acreditando que os saberes da carne não mais se extraíam de uma homologia cosmos-homem (Le Breton, 2011). Nas palavras de Rodrigues, trata-se de “ter ‘um’ corpo, necessariamente no

singular. Ter aquilo que dá contorno a uma individualidade. ‘Possuir’ aquilo que me separa dos outros, do mundo e de mim mesmo” (Rodrigues, 2008: 180).

Esse corpo, separado do próprio homem, da comunidade e do cosmos, veio a se tornar objeto de estudo da Medicina, que o analisou simplesmente como receptáculo da doença. Através dos estudos de anatomia, destaca Leder (1992), a medicina moderna adotou o corpo inanimado e sem vida, considerado um belo exemplar da “máquina humana”, como seu principal referente. Pai filosófico da medicina científica, Descartes instituiu um dualismo metodológico que até hoje inspira a prática médica, adotando a máquina como modelo para o corpo humano.

Segundo Leder (1992), um importante aspecto a se destacar é que, ao enxergar o corpo como um mecanismo, análogo ao de outras máquinas, este foi visto como passível de ser alterado ou de tornar-se objeto de intervenção, de modo a corrigir disfunções, transformar ou substituir suas partes. Isso representou uma grande ruptura em relação aos medievais, que tinham uma visão imutável e indivisível do sujeito. Nesse sentido, destaca o autor, o olhar mecanicista foi crucial para que se passasse da contemplação passiva à manipulação ativa, que caracteriza a Modernidade.

Leder (1992) observa como ainda hoje técnicas de diagnóstico e exames focalizam primordialmente o corpo e sua anatomia, isto é, a “máquina-humana”. De acordo com o autor, “such technologies as the stethoscope, the blood test, the X-ray, allow a kind of dissection of the living body, analyzing it into its component parts, exposing what life ordinarily conceals” (Leder, 1992: 120-121). Os tratamentos médicos geralmente apontam no mesmo sentido, com frequência direcionando-se exclusivamente à doença. Assim, não é incomum que as pessoas sejam referidas nos hospitais pelos procedimentos que nelas serão realizados (“a cesárea do 201”) ou pelo mal que as aflige (“a pneumonia do 504”).

De maneira geral, destaca Le Breton (2011), a medicina atual baseia-se no saber anatômico e fisiológico e trata apenas o corpo, como se este tivesse autonomia em relação ao sujeito que encarna. É inegável que a busca por eficácia deu resultados, mas também expôs limites e distorções da prática médica. Segundo Le Breton, “na elaboração gradual de seu saber, e de seu saber-fazer, a

medicina negligenciou o sujeito e sua história, seu meio social, sua relação com o desejo, a angústia, a morte, o sentido da doença, para considerar apenas o ‘mecanismo corporal’” (2011: 286). Disso resultou um privilegiamento da técnica, em detrimento do aspecto relacional, muitas vezes ignorado pelos profissionais da área de saúde.

A esse cenário se somou a desvalorização dos sentidos, como se o mundo habitado pelo homem, acessível pelos sentidos, fosse diferente do mundo real, acessível apenas pela “inteligência”. Assim, para aceder à verdade, o sujeito deveria, segundo essa lógica, despojar-se de seus traços corporais ou imaginativos, como afirma Le Breton (2011), pautando-se exclusivamente pela razão. Isso significa que a representação do corpo-máquina, objeto da Medicina ocidental, ignorou o aspecto sensível, como se não se tratasse de um corpo vivo, que absorve, sente, cheira, vê e interage com o entorno. Em seu estudo, Rodrigues (2004) indicou como a sensibilidade corporal modificou-se ao longo do tempo. Se na Idade Média a tônica incidia sobre os transbordamentos, os excessos e as infiltrações, sendo o corpo exteriorizado e aberto ao outro, aos encontros e ao contato, nas sociedades individualistas primou-se pelo afastamento, pela contenção e pela vigilância sobre os limites corporais, a partir de uma demarcação nítida e rigorosa de suas fronteiras.

Focalizando apenas órgãos e tecidos, a medicina, segundo Le Breton (2011), “despersonalizou” a doença – e pode-se dizer que sua afirmação também se presta à reflexão sobre outras experiências corporais, como o parto –, encarando-a como algo que concerne apenas ao organismo do sujeito. Tal visão contribuiu para que houvesse um apassivamento do indivíduo perante os cuidados médicos, uma vez que “a doença é outra coisa que não [o sujeito]; seu esforço em curar, sua colaboração ativa não são considerados essenciais” (2011: 288).

Em “Antropología del Dolor”, Le Breton (1999) também fez uma reflexão nesse sentido, mas tomando como ponto de partida a questão da dor. O autor observa que durante muito tempo a dor se impôs como um destino, uma fatalidade, e cabia ao sujeito lidar com ela lançando mão de seus próprios recursos, muitas vezes convertendo a necessidade em virtude. Nesse sentido, a dor era tolerada e frequentemente assistida, presenciada, sendo aceita como algo que

podia acometer qualquer um, o que fazia com que o limite de tolerância dos sujeitos fosse relativamente alto.

O surgimento da anestesia na prática médica, que possibilitou que a velocidade na execução do procedimento deixasse de ser uma necessidade, permitindo ao profissional avaliar seus gestos de forma cuidadosa, representou uma mudança profunda na percepção coletiva sobre a dor: o sofrimento deixou de ser encarado como um destino e os indivíduos passaram a acreditar que a Medicina tem sempre uma resposta, rápida e eficaz, para aplacar a dor.

Nas palavras de Le Breton, “hoy, la modernidad transforma la relación de cada actor con su salud en un asunto puramente médico, para numerosos usuarios el dolor ha perdido todo significado moral o cultural, encarna el espanto, lo innombrable”. (Le Breton, 1999: 202). Com isso, afirma o autor, os sujeitos reduziram a tolerância diante da dor, já não mais percebida como um valor, frequentemente associado à resistência pessoal. A dor tornou-se sofrimento e tortura. Na mesma medida, houve um aumento da demanda por analgesia e, em razão disso, a ampliação do poder da Medicina sobre os corpos dos sujeitos, fruto de uma sociedade que “ya no integra el sufrimiento ni la muerte como hipótesis de la condición humana” (Le Breton, 1999: 202).

Salem (1983) pontua o momento posterior à Segunda Guerra Mundial como um marco no que se refere à medicalização da saúde como um todo, que se generaliza e atinge seu ponto culminante. Como consequência desse processo, houve uma transferência massiva dos partos, antes realizados principalmente no âmbito doméstico, para os hospitais. Nesse sentido, seria possível afirmar que a década de 1950 representou uma “revolução” no modo de conceber e lidar com o nascimento na cultura ocidental.

Nos termos em que propõe Helman (2003), se poderia dizer que este momento marcou uma mudança na cultura de nascimento, na medida em que esta, segundo definição de Hahn e Muecke, “informa os membros da sociedade sobre a natureza da concepção, as condições apropriadas para a procriação e a gestação, o funcionamento da gravidez e do parto e as regras e os fundamentos lógicos do comportamento pré e pós-natal” (*apud* Helman, 2003: 159).

A transferência dos partos para os hospitais – que generalizou-se na década de 1950, mas teve início, de forma gradual, muito antes – foi decisiva para o desenvolvimento do ensino médico e para que os “jovens doutores” se apropriassem do saber e do poder (Foucault, 1998) na área de Obstetrícia, até então de domínio das parteiras. No entanto, para que isso se efetivasse os hospitais precisaram passar por uma profunda transformação. Com efeito, observa Vieira (2008), no passado o local serviu de abrigo para os desvalidos e as mulheres que davam à luz nos hospitais eram basicamente aquelas que não tinham o domicílio como uma opção: solteiras e pobres que, sem alternativas, se viam sujeitas a contraírem doenças de caráter epidêmico. Assim, enquanto as mulheres abastadas eram atendidas em casa, até mesmo para receber atendimento cirúrgico, as pobres encaravam a admissão no hospital quase como uma sentença de morte (Vieira, 2008).

Alguns fatores foram fundamentais para a reformulação desse quadro, que culminou no desenvolvimento do hospital moderno, entre eles, a adoção de medidas higiênicas, os avanços nos estudos sobre bacteriologia e a compartimentalização do espaço hospitalar, que possibilitaram uma série de controles sobre as doenças e os contágios, mas, sobretudo, sobre os corpos dos sujeitos.

Com efeito, destaca Foucault (1998), o homem-máquina descrito sob os registros anátomo-físico e técnico-político teve seu corpo controlado e vigiado, convertido em útil e inteligível, manipulável e analisável, tornando-se “portador” de um corpo dócil, alvo de novas técnicas de poder: o “corpo natural” (Foucault, 1998: 132). As chamadas “disciplinas”, enquanto métodos de controle minuciosos, impuseram uma nova relação de docilidade-utilidade sobre o corpo, que, ao mesmo tempo submisso e exercitado, teve sua força e utilidade ampliadas, redundando em obediência e dominação.

O controle de doenças epidêmicas, como é o caso da infecção puerperal, que acometia as mulheres recém-paridas, teve grande papel nesse processo, motivado inicialmente por exigências conjunturais, mas que desembocaram em transformações gerais mais amplas, vindo a cobrir todo o corpo social.

Assim, a disciplina distribuiu os indivíduos no espaço, às vezes de forma explícita, através do isolamento ou encarceramento, mas noutros momento de maneira sutil. O objetivo, contudo, era o mesmo: colocar cada indivíduo no seu lugar. Os espaços passaram a ter funções claramente demarcadas e o hospital, que antes agrupava indiscriminadamente os pacientes, passou a organizar seu espaço interno e assim os doentes, cada um em seu leito, foram separados segundo suas doenças, tornando aquele local útil para a observação médica. Segundo Foucault (1998), a primeira grande operação da disciplina foi a constituição de “quadros vivos”, ou seja, a transformação de multidões que pareciam confusas e caóticas em multiplicidades organizadas, controladas e inteligíveis. Nesse sentido, o hospital correspondeu a um ordenamento espacial e classificatório, que ao mesmo tempo representou uma técnica de poder e um processo de saber.

Pouco a pouco, observa Menezes (2004), o hospital, seus saberes e os profissionais que ali atuam passaram a ocupar, na sociedade ocidental, um lugar central e quase naturalizado na prestação de serviços direcionados à saúde. No caso específico do parto, as mudanças ocorridas na segunda metade do século XX representaram uma grande transformação: este converteu-se em ato médico, não mais sob responsabilidade de parteiras e realizado no domicílio da parturiente, mas assistido por médicos obstetras, que passaram a contar com o aparato tecnológico dos centros cirúrgicos. Segundo Tornquist (2003), o parto, de evento social, cultural e de saúde, converteu-se em um fenômeno patológico, médico e fragmentado.

Martin (2006) e Davis-Floyd (2000) chamam a atenção para como a representação do corpo como uma máquina, predominante na medicina moderna, fez do homem o protótipo de seu correto funcionamento. Nesse sentido, o corpo feminino foi percebido como um desvio, encarado como inerentemente defeituoso e imprevisível, que requer atenção e reparos, especialmente durante o parto. Tratado como um momento “extremo e agudo de uma máquina caótica e não confiável, [o parto] requer a intervenção hábil e rápida do profissional”. (Davis-Floyd, 2000: 06).

De acordo com Diniz (2005), o modelo de parto “normal”, instituído em meados do século XX, predomina até hoje nos hospitais e maternidades públicos

brasileiros, com o uso de drogas para regulação do trabalho de parto e parto; imobilização total ou parcial da parturiente em posição de litotomia<sup>7</sup>; proibição de ingerir líquidos ou alimentos por via oral e com a abertura cirúrgica da musculatura da vulva e da vagina – chamada de “episiotomia” – sendo realizada como procedimento de rotina.

Deve-se mencionar que a medicalização e rotinização dos cuidados, que também alteraram a maneira de se lidar com a morte (Menezes, 2004), passaram a ter início durante a própria gestação, que tornou-se cada vez mais objeto de vigilância e exames. Além disso, o processo de parturição passou por um progressivo ocultamento<sup>8</sup> – o que Menezes (2004) observou ter ocorrido também em relação à morte – uma vez que, em meio à crescente institucionalização do evento, a parturiente foi afastada de seu círculo social, muitas vezes permanecendo sozinha na maternidade. Em decorrência disso, a experiência de parturição tornou-se praticamente desconhecida das mulheres, mesmo para aquelas em idade reprodutiva, como foi possível apreender de alguns dos depoimentos colhidos ao longo da pesquisa e que serão analisados nos capítulos subsequentes.

A partir do exposto, é possível definir o modelo biomédico de parturição como um “parto moderno”<sup>9</sup> ou, nos termos em que propõe Davis-Floyd (2013), como um “parto tecnocrático”<sup>10</sup>, resultado da concepção de corpo prevalente nas sociedades Ocidentais. Dessa forma, a proposta de “humanização” do parto e do nascimento procura se apresentar como uma alternativa a esse modelo, que

---

<sup>7</sup> É a chamada posição ginecológica, isto é, quando o corpo está deitado com a face voltada para cima, com flexão de quadril e joelho, expondo o períneo.

<sup>8</sup> No que se refere ao parto, esse processo tem sofrido recentes modificações, a partir da crescente “espetacularização” do evento. Nesse sentido, algumas maternidades brasileiras contam atualmente com pequenas salas de exibição, onde são transmitidas imagens ao vivo do parto, em geral cesáreo, o que possibilita que membros da família e amigos assistam, com a mediação da tela, ao evento. Se no passado o parto realizado no domicílio contava com a presença física e o apoio da família, hoje este é assistido como um *reality show*, modalidade de programa que faz grande sucesso na televisão brasileira.

<sup>9</sup> Essa definição encontra inspiração nas reflexões feitas por Ariès (1981), que sugere a existência de diferentes modelos de morte, associados a momentos históricos distintos. Segundo o autor, seria possível localizar duas configurações sociais e simbólicas, uma relativa ao que designou como morte “tradicional” e outra como morte “moderna”. Para mais informações, ver: Ariès (1981).

<sup>10</sup> Nas palavras da autora: “A technocracy as I define it is a society organized around an ideology of progress through the development and increasing utilization of high technology and the global flow of information” (Davis-Floyd, 2013).

seria considerado o paradigma dos “excessos” da Modernidade, buscando criar um novo significado para esses eventos. No entanto, é preciso destacar, o ideário da “humanização” do parto e do nascimento não rompe com a ideia de corpo/sujeito que advém da Modernidade, tendo em vista que a noção de indivíduo lhe é central e constitutiva, como se verá a seguir.

## 2.2.

### O ideário da “humanização” e suas influências

O termo parto “humanizado”, de maneira geral, refere-se ao parto em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, sendo tratada de forma personalizada pela equipe médica. Um aspecto importante a se destacar é que o termo, na maioria das vezes, engloba também a ideia de parto “natural”, expressão que popularizou-se na década de 1980 e denota o compromisso com um mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível.

É válido mencionar que as expressões parto “humanizado” e parto “natural”, com frequência, aparecem como intercambiáveis nos discursos das mulheres de camadas médias e dos divulgadores do ideário. No entanto, no universo de camadas populares investigado foi possível notar a preferência, tanto entre as mulheres quanto entre os profissionais que lhes prestavam assistência, pela expressão parto “natural”, em detrimento de “humanizado”, o que será explorado ao longo da tese. De imediato, cabe apontar, como o fez Carneiro (2011), que trata-se de termos “que se aproximam, mas também se descolam, conforme a conjuntura” (2011: 108)<sup>11</sup>.

As práticas identificadas com a proposta de “humanização” geralmente prevêm o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (como massagem, respiração e técnicas de relaxamento), liberdade de movimento e posição durante o trabalho de parto e parto, ingestão de líquidos por via oral, presença de acompanhante, apoio físico e emocional por parte da equipe de assistência, além de respeito à privacidade da parturiente e de seu tempo físico e

---

<sup>11</sup> Diante desse fato, em alguns momentos optou-se por utilizar os dois termos, de modo diferenciado (especialmente nos capítulos subsequentes, que versam sobre os grupos investigados), e noutros, como nesse capítulo, quando é feita referência ao ideário como um todo, foi privilegiado o uso da expressão parto “humanizado” ou mesmo da palavra “humanização”, como o fazem seus divulgadores.

psíquico para dar à luz. Nesse tipo de parto, após o nascimento do bebê, geralmente estimula-se o contato pele e pele entre a mãe e o recém-nascido e o aleitamento materno na primeira hora de vida. O parto “humanizado” pode ser realizado no domicílio da parturiente, em casa de parto ou na maternidade, com a assistência de médicos, doulas e/ou enfermeiras obstetras<sup>12</sup>. Estas últimas, aliás, têm ganhado significativo espaço e reconhecimento nesse cenário, onde sua limitação técnica é valorizada.

Com iniciativas esparsas e, em geral, restritas ao setor privado, a proposta de oferecer um atendimento “mais respeitoso” à mulher e ao bebê teve início na década de 1980 e ganhou a adesão de um pequeno segmento de mulheres de camadas médias, ainda que o nome “humanização” – que, deve-se ressaltar, demorou para ser aceito pelos diferentes atores – não fosse utilizado.

Alguns médicos obstetras são considerados “pioneiros” na implantação dessas iniciativas no Brasil. Segundo Rattner<sup>13</sup> et al. (2010), um deles é o paranaense Moyses Paciornik, que em 1975 tomou contato com índias da etnia Kaingangue ao coordenar um serviço de prevenção ao câncer ginecológico no Sul do país. Ao regressar à Curitiba, onde mantinha uma clínica, Paciornik passou a incentivar entre sua clientela o parto de cócoras ou “parto índio”, como chamava, no final dos anos 1970<sup>14</sup>.

Outro considerado “pioneiro” é o argentino Hugo Sabatino, que em 1980 inaugurou – e mantém até hoje – um grupo de pesquisa e assistência ao “parto alternativo”, em um hospital universitário na cidade de Campinas (SP), onde também incentiva o parto de cócoras. Por fim, o médico Galba de Araújo, que

---

<sup>12</sup> Desde 1998 o Ministério da Saúde aprovou a criação de cursos de especialização em Obstetrícia para a área de Enfermagem, o que diferencia as enfermeiras obstetras das parteiras ou *midwives* dos países anglo-europeus, que fazem cursos em escolas específicas, não precisando obter uma formação prévia em Enfermagem.

<sup>13</sup> Daphne Rattner é médica e ativista do movimento pela “humanização” do parto e do nascimento, estando atualmente na presidência da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), sobre a qual se tratará a seguir.

<sup>14</sup> Em 1979, Paciornik publicou o livro “Parto de Cócoras: aprenda a nascer com os índios”, no qual afirmava que “nos povos primitivos, onde a civilização não chegou para perturbar os fenômenos naturais” (Paciornik, 1979: 12), as mulheres, sem serem perturbadas por “ensinamentos artificiais”, assumiam a posição acororada para dar à luz, o que, na sua avaliação, seria a posição fisiologicamente correta. Como é possível notar, os indígenas são descritos como representantes de um mundo em equilíbrio, em que o corpo permanece ativo e sadio, sem os utensílios e ferramentas criados pela cultura, que teria apenas contribuído para um afastamento dessa vida ideal.

hoje empresta seu nome a hospitais, postos de saúde e a uma premiação concedida pelo Ministério da Saúde, foi outro a desenvolver um trabalho considerado “pioneiro” no âmbito da “humanização”. Na década de 1980, o médico incentivava a construção de casas de parto nos municípios mais empobrecidos do estado do Ceará e oferecia cursos rápidos de atendimento à gestação e ao parto às parteiras da região, para que pudessem prestar assistência nesses locais.

Essas iniciativas pontuais tiveram pouca repercussão, mas são consideradas importantes referências para os membros do movimento em favor da “humanização”, cuja institucionalização veio a ocorrer em 1993, com a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa). Em outubro daquele ano, um encontro realizado em um sítio, em Campinas, reuniu pessoas de vários estados interessadas em discutir o modelo de atenção ao parto e ao nascimento no país. Os participantes eram principalmente profissionais da área de saúde, que de alguma maneira já trabalhavam de forma diversa do modelo biomédico hegemônico. Desse encontro resultou a chamada “Carta de Campinas”<sup>15</sup>, documento de fundação da ReHuNa e que enumera os principais objetivos da organização, quais sejam:

- 1) A divulgação dos riscos, para mães e bebês, das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- 2) O resgate do nascimento como um evento existencial e sócio-cultural com profundas e extensas conseqüências pessoais;
- 3) A revalorização das posturas e condutas face ao nascimento de uma nova vida, humanizando o significado do parto e do nascimento;
- 4) O incentivo às mulheres a se reapropriarem de suas vidas, aumentando sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- 5) O resgate de práticas humanizadas tradicionais de assistência ao parto e nascimento, aliadas ao conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado.

---

<sup>15</sup> O documento na íntegra encontra-se disponível em:  
<http://www.ongamigasoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>

Como sugere o documento, especial atenção é conferida à questão da medicalização, percebida como potencialmente arriscada e perigosa, em contraposição à imagem predominante na sociedade de que a tecnologia é, por princípio, positiva e desejada. No documento, as práticas obstétricas associadas ao modelo biomédico hegemônico são consideradas “inadequadamente intervencionistas”, em sintonia com os comentários diversas vezes observados durante a pesquisa de campo, que apontam para o caráter ritualístico (Davis-Floyd, 2003) e cientificamente infundado das práticas médicas convencionais. A “Carta de Campinas” indica, nesse sentido, uma valorização das práticas “tradicionais” de assistência ao parto que, no entanto, são ressignificadas e aparentemente aprimoradas a partir de sua combinação, parcimoniosa e fundamentada, com o conhecimento técnico e científico.

Outro aspecto a se destacar dos objetivos delineados no ato de fundação da ReHuNa refere-se à intenção de se construir um novo significado para o parto e o nascimento, passando a considerá-lo um “evento existencial e sócio-cultural com profundas e extensas conseqüências pessoais”. Na realidade, para os divulgadores do ideário tratar-se-ia de um “resgate”, uma vez que entendem que este teria sido o significado atribuído ao parto no passado, o qual teria se perdido em meio à institucionalização e medicalização do evento, resultado de sua apropriação pelo saber médico. Da mesma forma, e como resultado dessa nova representação, o movimento propõe uma mudança que tem como foco os profissionais da área de Obstetrícia. Estes são incitados a adotar uma nova postura e conduta diante do nascimento de uma nova vida, partindo do pressuposto de que no modelo biomédico atual houve um privilegiamento da técnica, isto é, do “saber”, em detrimento do “sentir”, para fazer uso das categorias propostas por Bonet (2004).

Se um dos objetivos do movimento pela “humanização” é incentivar uma mudança de atitude por parte dos profissionais, outro, não menos importante, tem como foco as mulheres, isto é, as parturientes. Segundo o documento, estas devem ser incentivadas a se reapropriarem de seus corpos – o que mais uma vez remete a um passado remoto, idealizado, no qual as mulheres tinham autonomia e poder de decisão. Com forte influência do movimento feminista, o ideário está

profundamente imbricado com a noção de indivíduo, central para a construção do sujeito moderno.

Cabe aqui salientar a diferenciação feita por Dumont (1993) entre o indivíduo como realidade empírica e o estabelecimento deste como uma entidade social autônoma ou um valor social. O indivíduo como valor, hoje naturalizado no Ocidente, é resultado da ascensão de um fenômeno sociopolítico, original e primordialmente construído na Europa Ocidental, cuja ideologia foi contemporaneamente massificada<sup>16</sup>.

Entre as camadas médias e escolarizadas, onde surgiu o ideário da “humanização”, a disseminação do individualismo como um valor central para a construção do sujeito encontrou grande penetração, o que explica o incômodo dos fundadores do movimento – em sua maioria profissionais que atuam na área de Obstetrícia – com o modelo biomédico hegemônico, do qual resultou o parto “tecnocrático” ou “moderno”. Na visão desses atores, esse parto representava justamente a negação da individualidade da parturiente, tendo em vista a realização de procedimentos médicos e farmacológicos de rotina, isto é, de forma padronizada, sem considerar as particularidades de cada sujeito, de cada corpo.

Como observou Le Breton (2011), na ideologia individualista o corpo se converte no “recinto do sujeito, o lugar de seu limite e de sua liberdade, objeto privilegiado de uma fabricação e de uma vontade de domínio” (2011: 18). Sendo assim, é possível apreender a preocupação dos divulgadores do ideário da “humanização” com a realização rotineira de procedimentos médicos e farmacológicos, que tem sua ação justamente no corpo dos indivíduos.

Nesse sentido, o documento de fundação da ReHuNa chama a atenção para as altas taxas de partos cesáreos no Brasil, sugerindo que houve no país uma total inversão, na medida em que o parto cirúrgico “passou a ser o método normal de parir e de nascer”. Além disso, questiona o fato de as mulheres não serem

---

<sup>16</sup> É importante destacar, como o fazem diversos autores (Rodrigues, 2008, Le Breton, 2011, Sarti, 2011, Duarte e Gomes, 2010, Fonseca, 2005, dentre outros), que a penetração do individualismo não foi homogênea, sendo possível dizer que dentro de uma mesma sociedade, por exemplo, há grupos que se mostram mais resistentes a essa ideologia, como é o caso daqueles que vivem em áreas rurais ou os que integram as chamadas camadas populares, que aparentemente se revelam menos abertos à sua influência.

informadas sobre os riscos e malefícios desse tipo de parto<sup>17</sup>, o que teria contribuído para sua valorização, e também dos aspectos negativos associados ao parto “normal” medicalizado, que, de acordo com o documento, representa uma violência contra a mulher. “[O parto e o nascimento], fenômenos vitais e existenciais cruciais, tornaram-se momentos de terror, angústia, impotência, alienação e dor”, afirma a Carta.

Tornquist (2004) aponta para como a crítica à medicalização excessiva é central para a constituição do movimento, cuja identidade se constrói em grande medida pela contestação do modelo tecnológico e de seus pressupostos, isto é, da “patologização do parto, sua redução à condição de uma *disease* e a um evento ligado à doença, e não à saúde” (2004: 152).

Segundo o documento, a fisiologia feminina, considerada perfeita e eficiente, seria perturbada pelas rotinas e interferências médicas, que inibiriam o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos “naturais”. Além de interferir e representar uma violência contra a mulher, como já mencionado, considera-se que o uso de medicamentos pode comprometer o domínio da parturiente sobre seu corpo, ou seja, o exercício de sua autonomia e liberdade, valores centrais da Modernidade. Na “Carta de Campinas”, a mulher é apontada como tendo “progressivamente se alijado de seu papel de sujeito no momento do nascimento”, o que se atribuiu à existência de “tabus, [à] repressão da sexualidade e [à] opressão, subordinação e manipulação das mulheres em nossa sociedade”. Para se contrapor a esse cenário, a ReHuNa, segundo informação obtida no site da organização, adota como um de seus objetivos apoiar, promover e reivindicar o “protagonismo” da mulher, denotando a forte influência do feminismo no movimento pela “humanização” do parto e do nascimento.

### **2.2.1. Movimento feminista**

Como observam Franchetto et al. (1980), uma parte importante das lutas políticas feministas “recortam como interesse exclusivo às mulheres, concernentes à sua individualidade, aquilo que se passa em seus corpos” (1980: 40). Daí

---

<sup>17</sup> É interessante notar como a retórica do risco, geralmente empregada como justificativa para promover a medicalização (Chacham, 2004a), é, nesse contexto, subvertida.

resultam os *slogans* sobre a livre apropriação do corpo – como “O meu corpo me pertence” – que sugerem a afirmação da dimensão individual como pólo significativo no que se refere às ingerências da ordem social<sup>18</sup>.

De fato, Tornquist (2004) destaca que uma parcela significativa dos signatários da “Carta de Campinas” era composta por pessoas que, de forma individual ou coletiva, tinham estreitos vínculos com o movimento feminista. Nesse sentido, deve-se ressaltar que o movimento feminista no Brasil tem historicamente atuado na área da saúde pública, especialmente em temas como contracepção, violência, sexualidade e aborto, com a criação de redes e grupos, muitos dos quais buscaram elaborar propostas nessa área.

Costa (2009) analisa a evolução do processo participativo dos movimentos de mulheres, especialmente aqueles identificados com o feminismo, articulado à construção de políticas para a saúde das mulheres no Brasil. A autora observa que nos anos 1970, durante o regime militar, houve um reforço do discurso da segurança nacional, que supostamente estaria ameaçada pelo grande contingente de pobres e pelas proles numerosas, consideradas “presas fáceis” para os “subversivos”. Da mesma forma, afirma Costa (2009), nesse período houve um recrudescimento de idéias eugênicas, que apontavam para a necessidade de esforços no que se refere ao controle demográfico. Segundo a autora, a radicalização dos militares no que diz respeito ao tema da demografia aparentemente despertou a atenção do incipiente movimento feminista brasileiro, que passou a se opor fortemente às iniciativas de controle da natalidade, dentre elas aquelas levadas a cabo por instituições de cunho “controlista”, que agiam em todo o território nacional, como é o caso da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e do Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMC).

---

<sup>18</sup> Nesse mesmo artigo, Franchetto et al. (1980), de maneira mais ampla, fazem uma análise do movimento feminista, situando-o como um desdobramento do individualismo. O assunto será retomado no capítulo 4, quando for abordado o tema da família nuclear, predominante nas camadas médias.

“Embora os governos fizessem vistas grossas à ação das instituições de controle demográfico, o país não dispunha de nenhuma política sobre o tema e, portanto, os serviços públicos de saúde estavam despreparados para essa demanda. Os serviços existentes vinculados à BEMFAM ou CPAIMC tinham qualidade duvidosa e ofertavam planejamento familiar dissociado de atenção à saúde, com limitação da disponibilidade aos métodos de alta eficácia”. (Costa, 2009: 1076).

As feministas advogavam em favor da autonomia das mulheres no que se refere à escolha de seus destinos relacionados à procriação, enquanto o movimento da reforma sanitária chamava a atenção para os riscos que esses serviços representavam às mulheres. A pressão exercida por esses dois movimentos sobre o governo contribuiu, segundo a autora, para que se efetuassem importantes mudanças nas políticas de saúde da mulher, que acabaram resultando, em 1983, na criação pelo Ministério da Saúde do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). No programa, prevalecia a análise da complexidade das questões de saúde das mulheres, contemplando as diversas etapas do ciclo de vida feminino, o que apontava para a integralidade da política<sup>19</sup>. Carneiro (2011) esclarece que, dessa forma, o PAISM buscava contemplar as

“especificidades sociais, psicológicas, biológicas e de saúde [da mulher]; 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” (2011: 260).

No que se refere ao planejamento familiar, o programa reconhecia a autonomia feminina em relação às questões reprodutivas, o que era uma demanda do movimento de mulheres. Segundo Maia (2008), o PAISM foi a pedra fundamental de uma nova lógica para se pensar a assistência à saúde da mulher e teve grande influência nas políticas públicas subsequentes direcionadas a essa área.

É importante destacar que na década de 1980, na conjuntura de transição à democracia, o movimento de mulheres encontrava-se politicamente fortalecido. Na época, havia uma grande participação das lideranças feministas nas instâncias

---

<sup>19</sup> Osis (1998) destaca que esse aspecto fez com que o PAISM fosse pioneiro, inclusive no cenário internacional, no que diz respeito ao atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, tendo contado com forte apoio dos movimentos de mulheres para sua implantação. Na avaliação da autora, o “PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais” (Osis, 1998: 25).

relacionadas à saúde, bem como observou-se a ampliação da representação das mulheres na Câmara Federal e no poder legislativo de estados e municípios. Data também daquela década a convocação da primeira Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que contou com o apoio dos movimentos de mulheres de todo o Brasil e também do Ministério da Saúde. As resoluções do encontro, nas quais foram reafirmadas e detalhadas as diretrizes das políticas de saúde da mulher sintonizadas com o PAISM, foram transformadas em instrumento político e deram origem à “Carta das mulheres brasileiras aos constituintes”. A partir da elaboração desse documento, destaca Costa (2009), a saúde afirmou-se como tema central da agenda dos movimentos de mulheres no Brasil, o que veio a se refletir no texto constitucional de 1988.

Nos anos 1990, após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, a atenção direcionou-se especialmente à questão da saúde reprodutiva, o que representou uma importante fragmentação, ao desprezar as dimensões da complexidade da saúde integral. Costa (2009) aponta que a consciência desta fragmentação fez com que, ao longo daquela década, os movimentos feministas, assim como diversas organizações internacionais, atuassem no sentido de tentar articular o conceito de saúde reprodutiva ao de direitos reprodutivos e sexuais, que, segundo Diniz (2005)<sup>20</sup>, posteriormente foram redescritos como direitos humanos. Nesse contexto, é importante mencionar que a proposição de uma assistência à mulher baseada em direitos, resultado da forte influência das feministas na ReHuNa, veio a se tornar chave para o projeto de “humanização” do parto e do nascimento, que se pretende também um projeto de “cidadanização” feminina.

É interessante destacar que a medicalização do parto, vista pelos adeptos do ideário como um dos fatores que conduzem à perda de autonomia feminina, ao interferir na capacidade de controle sobre seus corpos, foi, no início do século XX, uma demanda de muitas feministas nos EUA e na Europa (Beckett, 2005, Moscucci, 2002). Nessa época, a maioria dos médicos se posicionava de maneira crítica ao uso de medicação para alívio da dor durante o parto.

---

<sup>20</sup> Simone Diniz é médica, feminista e ativista do movimento pela “humanização”, sendo autora de várias publicações sobre o tema.

De acordo com Beckett (2005), para essas mulheres o direito ao uso de medicação que aplacasse a dor no momento de dar à luz era visto como uma importante questão política, pois, segundo elas, o acesso aos medicamentos representava a tomada de controle das mulheres sobre o processo de parturição. A resistência dos médicos a atender essa demanda era vista, de acordo com a autora, como indicativa da tendência desses profissionais a privilegiar seus interesses em detrimento das parturientes. Nesse sentido, “first wave feminists’ efforts to transform childbirth were less a campaign for drugs than for responsive and respectful medicine, expanded choices in childbirth, and control over one’s body and reproductive life” (Beckett, 2005: 253).

A autora aponta ainda que recentemente um pequeno grupo de feministas, em resposta aos movimentos internacionais em favor da desmedicalização do parto – do qual o movimento pela “humanização”, no Brasil, é apenas um exemplo – manifestou preocupação com a tendência em celebrar as capacidades reprodutivas femininas e, dessa forma, inverter as categorias através das quais as mulheres foram historicamente desqualificadas. Para elas, deveria-se romper e desestabilizar essas construções hierárquicas.

No que se refere ao uso da tecnologia, as críticas se direcionam principalmente ao fato de que as mulheres podem considerar que as intervenções obstétricas são positivas e até mesmo “empoderadoras”. Assim, argumenta-se que: “women’s choice/positive experience of high-tech births confirms that technology is not inherently male and can serve women’s needs and purposes” (Beckett, 2005: 259).

Outro aspecto apontado pela crítica feminista incide sobre a questão da dor. Beckett (2005) aponta que Nina Shapiro (1998) considera curioso que movimentos supostamente feministas insistam para que as mulheres sintam dor. Já Margaret Talbot (1999), também citada pela autora, argumenta que os divulgadores do parto “natural” não vêem punição moral na dor, mas, por outro lado, enxergam superioridade moral em rejeitar o uso de medicação para seu alívio, o que vem combinado a uma visão “romântica” do papel de mãe e de reprodutora, como o aponta Beckett (2005):

“The idea that women do (or should) savour, enjoy, or feel empowered by the experience of labour and delivery, they argue, romanticizes women’s roles as life-bearers and mothers, and assumes an emotional and physical reality (or posits an emotional and physical norm) that does not exist for many” (Beckett, 2005: 260).

Nesse sentido, as críticas feministas direcionam-se ao que consideram uma excessiva valorização do parto no ciclo de vida feminino, na medida em que este evento seria percebido pelos adeptos da desmedicalização como um momento em que as mulheres são mais autenticamente, ou “naturalmente”, mulheres, em sintonia com seu destino biológico<sup>21</sup>.

Como é possível notar, os movimentos em favor da desmedicalização do parto – no qual se insere, no contexto brasileiro, o da “humanização” – ao mesmo tempo em que mantêm estreitos vínculos com o feminismo, sendo várias de suas reivindicações direcionadas a garantir a autonomia das mulheres no processo de parturição, é também alvo de duras críticas por parte de algumas de suas representantes. Na realidade, a medicalização do parto, como foi possível notar a partir das reivindicações feministas do início do século XX, pode ser interpretada de diversas maneiras: tanto como uma tomada de controle sobre o corpo feminino por parte dos médicos, como argumentam os adeptos da “humanização”, mas também seu oposto, isto é, como um exercício de autonomia das próprias mulheres.

Nesse sentido o estudo de Davis-Floyd (1994), com parturientes de camadas médias nos EUA que fizeram a opção tanto pelo parto “natural” quanto pelo parto “tecnocrático”, parece esclarecedor. De acordo com a autora, as mulheres de ambos os grupos escolheram e usaram seus partos de forma “empoderadora”. Esse tipo de análise, destacou Martin (2006), tira a atenção do tipo de parto *per se* e a coloca sobre a subjetividade da mulher: seu senso de escolha, poder e controle no que se refere ao parto.

---

<sup>21</sup> O argumento do “feminismo da diferença sexual”, corrente que busca se contrapor a essa visão e que aparentemente tem inspirado as mulheres de camadas médias, será explorado no capítulo 4.

### 2.2.2. Medicina Baseada em Evidências e “Recomendações da OMS”

Segundo dados de 2004, médicos e enfermeiras correspondiam a 66% dos 259 membros<sup>22</sup> da ReHuNa e muitos deles eram profissionais assalariados, ligados à área de saúde pública. Este grupo, segundo Tornquist (2004), veio a desempenhar um importante papel na atenção dispensada pelo movimento à questão da saúde coletiva, uma dimensão que estava ausente entre os adeptos do parto “natural” na década de 1980 (Salem, 2007, Almeida, 1987).

Os profissionais dessas áreas integram, de acordo com a classificação sugerida pela autora, o que se poderia chamar de “vertente biomédica” do movimento<sup>23</sup>, o que explica a importância atribuída à Medicina Baseada em Evidências (MBE), bem como às recomendações para o parto “normal” elaboradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), as quais são feitas referência, mais de uma vez, na “Carta de Campinas”, redigida no ato de fundação da ReHuNa.

De acordo com Diniz (2005), em 1979, proclamado pelas Nações Unidas como o Ano Internacional da Criança, foi criado um Comitê Europeu com o intuito de investigar as causas da morbimortalidade perinatal e materna no velho continente, bem como contribuir para sua redução. O grupo era formado inicialmente por profissionais de saúde e epidemiologistas, aos quais se juntaram também, em um segundo momento, sociólogos, parteiras (*midwives*) e usuárias dos sistemas de saúde. Após a conclusão da iniciativa e com apoio da OMS, vários grupos de trabalho foram formados, com o objetivo de sistematizar os estudos direcionados à avaliação de critérios como “eficácia” e “segurança” na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério. Até então, segundo Rattner (2009), a maior parte das práticas no atendimento ao parto eram adotadas à medida que

<sup>22</sup> Destes, 214 são mulheres e apenas 45 são homens. Além de médicos e enfermeiras, também integram o movimento, em número bem menos expressivo, psicólogos/psiquiatras (8%), terapeutas corporais (3%), fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e dentistas (3,1%), cientistas sociais (2,7%), parteiras tradicionais (1,9%), bem como auxiliares e técnicos de enfermagem (1,5%). Fonte: Tornquist (2004).

<sup>23</sup> Tornquist (2004) esclarece que “a aglutinação dos diversos sentidos da humanização em duas vertentes, a biomédica e a alternativa, obedece a um procedimento heurístico, tomando-se cada uma delas como um tipo-ideal, não estando, necessariamente, encarnada em pessoas ou discursos. Na realidade empírica, há um processo mais fluido, em que pessoas, discursos e práticas circulam, ainda que haja pontos, relativamente, fixos que permitam identificar a predominância de um viés ou outro” (2004: 191).

iam sendo criadas, não havendo critérios para sua avaliação. Tinha início, nesse momento, uma colaboração internacional que daria os primeiros passos no que viria a se constituir como o movimento pela Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Com uma inspiração inicial fortemente progressista, Diniz (2005) destaca que o grupo apontou, através de estudos sistemáticos, “as contradições e a distância entre as evidências sobre efetividade e segurança, e a organização das práticas” (Diniz, 2005: 630). Isto é, os estudos demonstravam que o emprego rotineiro de tecnologia no parto se revelava, na maioria das vezes, inapropriado e prejudicial ao processo de parturição, o que contribuiu para que se disseminasse dentro do movimento pela “humanização” a idéia, inicialmente proposta por Davis-Floyd (2003), de que a técnica seria empregada muito mais como um ritual ou como uma tradição, do que propriamente em razão de sua eficiência ou necessidade.

A partir dos resultados apontados por essa colaboração internacional, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com os escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas, realizaram em 1985 uma conferência sobre “tecnologia apropriada no parto”, na cidade de Fortaleza. O encontro é considerado um marco pelos adeptos do movimento pela “humanização” no Brasil e dele resultou a “Carta de Fortaleza” – nome que possivelmente serviu de inspiração ao texto elaborado no ato de fundação da ReHuNa. O documento sugeria uma série de práticas que, na década de 1990, passaram a ser chamadas de “humanizadas”<sup>24</sup>.

O texto recomendava a liberdade de movimentos e posição durante o processo de parturição, a presença de acompanhantes, a eliminação da lavagem intestinal e da raspagem dos pelos pubianos<sup>25</sup>, bem como a abolição do uso de rotina da episiotomia e de medicamentos para alívio da dor e indução do parto. Além disso, afirmava que as mulheres deveriam participar do processo de decisão

---

<sup>24</sup> É importante destacar que muitas dessas orientações já vinham sendo implementadas por profissionais críticos ao modelo hegemônico de parturição, que passaram a encontrar no documento um respaldo científico para sua forma de atuação, até então rotulada de “alternativa”.

<sup>25</sup> Práticas correntes naquela época, que tinham como objetivo “limpar” ou “higienizar” o corpo feminino que estava em vias de dar à luz.

relativo ao parto e que a assistência ao parto “normal” deveria ser conduzida primordialmente por parteiras ou enfermeiras. Por fim, argumentava que as menores taxas de mortalidade perinatal encontravam-se nos países que mantinham índices de cesárea abaixo de 10%, para então recomendar que as taxas de parto cirúrgico não deveriam ultrapassar os 15% (WHO, 1985).

O documento foi publicado na Revista Lancet, reconhecida publicação na área médica, e, segundo Wagner (1994), foi altamente contestado por entidades médicas européias, ao mesmo tempo em que foi recebido de forma muito positiva por organizações de mulheres e grupos de defesa do consumidor ao redor do mundo.

Em 1993, a colaboração internacional que dedicava-se a sistematizar os estudos sobre a “eficácia” e “segurança” das práticas médicas relativas ao pré-parto, parto e puerpério publicou uma revisão, a partir da compilação de 40 mil estudos, incluindo 275 práticas de assistência perinatal (Diniz, 2005). Três anos depois uma síntese desse trabalho foi publicada pela OMS, no que se convencionou chamar de “Recomendações da OMS”. O documento incluía as orientações já feitas na “Carta de Fortaleza”, além de agregar outras, de modo mais detalhado, considerando como “condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”, por exemplo, a realização de plano de parto<sup>26</sup>, a oferta de líquidos por via oral durante o parto e o respeito à escolha da mulher sobre o local de parto.

A MBE e as “Recomendações da OMS” têm sido utilizadas pelos ativistas como importantes recursos de legitimação do projeto pela “humanização” e tiveram, segundo Diniz (2005), papel fundamental no processo de ressignificação do parto:

“O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário a transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como ‘experiência altamente pessoal, sexual e familiar’ (WHO, 1986). Os

---

<sup>26</sup> Trata-se de um documento no qual a mulher informa quais procedimentos médicos ela está de acordo quanto à sua realização durante e após o parto e quais prefere que sejam evitados.

familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços” (Diniz, 2005: 630-631).

### **2.2.3.**

#### **Nova Era e movimentos libertários dos anos 1960**

A doula Flora, que coordena o grupo de preparação para o parto na Zona Sul e foi uma das fundadoras da ReHuNa, costuma dizer que tudo o que pratica há 30 anos, quando deu início às aulas de yoga para gestantes e ao trabalho com terapias “naturais”, veio a ser confirmado na década de 1990 pelas “Recomendações da OMS” e pela MBE. De fato, Tornquist (2004) afirma que essa conciliação foi fundamental para a construção de uma identidade comum dentro do movimento, que congrega membros com visões de mundo bastante diversas. Flora, por exemplo, integra a chamada vertente “alternativa” ou “neo-espiritualista” do movimento (Tornquist, 2004), que possui forte influência da Nova Era.

A Nova Era é um fenômeno heterogêneo e não se trata de um movimento organizado, mas de um campo por onde atravessam discursos variados. Magnani (2000) afirma que, a despeito da enorme diversidade desse fenômeno, é possível identificar determinadas fontes, que permitem reconhecer a presença de princípios doutrinários comuns. Nesse sentido, o autor ressalta que as religiões de origem oriental configuram-se, de forma muito recorrente, como importantes referências, delas derivando a idéia de imanência, bastante difundida entre os adeptos da Nova Era. Por imanência compreende-se que predomina a visão de um princípio superior ou divino integrado ao mundo e ao homem, em sintonia com a perspectiva holística, não havendo uma divisão entre corpo, mente e espírito. Daí resulta que, em substituição às idéias de pecado e culpa, presentes na crença judaico-cristã ocidental, valoriza-se a busca pelo auto-aperfeiçoamento e atribui-se grande importância ao conhecimento interior.

A valorização da natureza, outra característica marcante dos adeptos da Nova Era, tem como inspiração, segundo Magnani (2000), as cosmologias indígenas e os sistemas xamânicos tradicionais, que também despontam como

importantes referências. A natureza é sacralizada, do que, somando-se à idéia de imanência, resulta a percepção de que todos os seres participam de um mesmo movimento cósmico. O autor ressalta a combinação dessa visão com a de algumas propostas ecológicas que “longe de considerarem a natureza como objeto de dominação, por parte do homem, fundam-nos num mesmo processo mais amplo” (2000: 38).

Magnani (2000) destaca como um aspecto fundamental do fenômeno da Nova Era o fato de que os conteúdos são articulados e vivenciados sem a presença de uma autoridade central, uma vez que considera-se que a autoridade reside, ao fim e ao cabo, no interior de cada pessoa. Nesse sentido, afirma o autor, prevalece o caráter autônomo, aberto e não dogmático, por oposição à hierarquia, que vigora em muitas religiões institucionalizadas. Da mesma forma, enfatiza-se a intuição e o conhecimento direto, em detrimento do pensamento considerado excessivamente racional e cartesiano, predominante no Ocidente.

Como é possível notar, as semelhanças entre os discursos que atravessam o fenômeno da Nova Era e o ideário da “humanização” são significativas: a visão do corpo como integrado à mente; a valorização da natureza e do “natural”, daí emanando uma quase sacralização do corpo, percebido como “perfeito” e “inteligente”; a valorização da intuição, da sensibilidade e da busca por auto-conhecimento, bem como a idéia de igualdade conformando as relações, por oposição à hierarquia.

De maneira geral, os movimentos que surgem nos anos 1960 e 1970 no cenário internacional – e do qual o fenômeno da Nova Era pode ser considerado uma de suas manifestações – encontram forte sintonia com o ideário da “humanização”, que englobou boa parte das teses que nortearam o fenômeno do “casal grávido”, investigado por Salem (2007) nos anos 1980. Em seu estudo, a autora já chamara a atenção para as conexões éticas entre esse fenômeno e os movimentos e idéias que irromperam nos anos 1960/1970.

Tratando especificamente da contracultura, Pereira (1986) enfatiza o caráter libertário e questionador desse movimento, que colocava em xeque aspectos centrais da cultura ocidental, como a racionalidade, a tecnologia e o

consumo, percebidos como privilegiados em detrimento dos aspectos sociais e humanos. Da mesma forma, o movimento tecia uma forte crítica à “massificação” e à “repressão” impostas pelo “sistema”, isto é, pelo “poder”, tendo como uma de suas principais características a afirmação da individualidade. De acordo com Pereira (1986), a ênfase do movimento contracultural, bem como de outros que lhe antecederam, como é o caso do fenômeno *beatnik*, nos anos 1950, incidia não apenas sobre a busca por liberdade, mas fundamentalmente sobre a busca por prazer.

Salem (2007), procurando contextualizar o fenômeno do “casal grávido”, destacou a prevalência assumida pelo indivíduo e pelo pessoal nos movimentos que eclodiram na conjuntura dos anos 1960 e 1970, observando que a sociedade era representada como redutível aos sujeitos, e, nesse sentido, a normatividade e o poder, de maneira geral, eram vistos de forma negativa e cerceadora. “[Nos anos 60] o regime ideal do *self* é o da liberação – seja das garras do poder ou de constrangimentos sociais nefastos”, afirma a autora (2007: 83), acrescentando que o questionamento radical a autoridades constituídas revelou-se uma marca desse período. De acordo com Salem (2007), são exemplos as propostas de pedagogia antiautoritária e de antipsiquiatria e, de maneira mais ampla, as críticas tecidas à medicina que sugeriam a expropriação e a violência do saber-poder contra os sujeitos, tal como formuladas por Ivan Illich (1977).

Nesse contexto, passava a ganhar força a premissa de que uma verdadeira revolução social, como a que era almejada por esses movimentos, “exig[ia], senão confund[ia]-se com, transformações no campo das subjetividades individuais” (Salem, 2007: 83), sendo a sexualidade, ou melhor, sua “liberação”, considerada uma dimensão fundamental desse processo pessoal e, simultaneamente, político. Com efeito, as mazelas da civilização industrial, como informa a autora, eram percebidas como resultado da repressão sexual.

Sobre esse aspecto, Foucault (1980) chama a atenção para como na época prevalecia “um discurso onde o sexo, a revelação da verdade, a inversão da lei do mundo, o anúncio de um novo dia e a promessa de uma certa felicidade, esta[vam] ligados entre si”, para em seguida acrescentar que “o lirismo, a religiosidade que acompanharam durante tanto tempo o projeto revolucionário [foram], nas

sociedades industriais e ocidentais, transferidas, pelo menos em boa parte, para o sexo” (Foucault, 1980: 13).

Considerada um pressuposto para a “liberação”, a igualdade nas relações constituía-se, segundo Salem (2007), em um importante pilar dos projetos revolucionários, sendo percebida como condição necessária para a expressão da espontaneidade, do “natural”, dos instintos, isto é, para a plena manifestação do sujeito e de seus “desejos”. Para tanto, era necessário encontrar um equilíbrio, de modo que as relações sociais igualitárias não chegassem a comprometer as singularidades individuais, apontando para o sentido pluralista atribuído a essa utopia. “É precisamente o direito às diferenças que elucida a repulsa às ambições universalizantes das normas”, afirma Salem (2007: 87).

As idéias difundidas nesse contexto parecem ter servido de inspiração às teses dos médicos franceses Michel Odent e Frédérik Leboyer. Ambos foram importantes referências para os adeptos do parto “natural” no Brasil, nos anos de 1970 e 1980, e continuam desfrutando de grande reconhecimento e prestígio no movimento pela “humanização” do parto e do nascimento, em especial Odent. Atualmente radicado em Londres e com uma vasta publicação sobre o tema, o obstetra frequentemente visita o país, onde ministra palestras e participa de congressos.

Antes de expor as teses de Leboyer e Odent, se buscará apresentar, de forma sucinta, as idéias do médico britânico Grantly Dick-Read e do francês Fernand Lamaze que, nos anos 1940 e 1950, estiveram entre os primeiros a questionar o processo de medicalização do parto e a apresentar alternativas à anestesia obstétrica. Dessa forma, procura-se traçar um breve panorama do que seriam algumas iniciativas obstétricas dissidentes, exercício que também foi feito por Salem (2007).

## **2.2.4. Iniciativas obstétricas dissidentes**

### **Década de 1950**

#### **Grantly Dick-Read**

Durante palestra ministrada pela presidente da ReHuNa, no ano de 2012, no Rio de Janeiro, diversas passagens do livro “Childbirth Without Fear”, do obstetra britânico Grantly Dick-Read, foram citadas, sugerindo que as ideias divulgadas pelo médico nos anos 1940 eram ainda hoje atuais.

Segundo Moscucci (2002), Dick-Read pode ser considerado o “pai espiritual” do movimento pelo parto “natural”. Com uma abordagem que atentava para a dimensão psicológica e cultural do parto, o médico procurava solucionar a questão da dor, que no contexto da Segunda Guerra Mundial era apontada pelas teorias eugenistas como um dos motivos pelos quais as mulheres de camadas médias tinham reduzido o tamanho de suas proles. Além disso, afirma a autora, essa ideologia surgiu em parte como uma resposta conservadora à emancipação feminina, que começava a ganhar terreno na Europa e nos EUA.

Dick-Read era um reformador social com grande interesse em medicina preventiva e, ao mesmo tempo, um homem extremamente religioso que, impulsionado pela fé evangélica, atribuía um significado espiritual à maternidade: “Dick-Read believed that childbirth revealed God’s presence in the universe: it was the task of science to render it explicit, by showing the laws of nature that governed the process of birth” (Moscucci, 2002: 170). Esquivando-se das interpretações mecânicas e materialistas, o médico desenvolveu, segundo a autora, uma teoria que buscava explicar o processo de parturição a partir da integração do corpo e da mente, do individual e do cultural, em sintonia com as propostas atuais.

O médico britânico se opunha à disseminação da anestesia baseando-se em dois motivos. Primeiro, por acreditar que a medicalização, de forma indireta, interferia no processo fisiológico e apresentava riscos ao parto. Segundo, porque a

droga impedia a mãe de estar consciente durante o parto, o que, em sua visão, inviabilizava que construísse um vínculo emocional com o bebê<sup>27</sup>.

Em “Childbirth Without Fear” (2013), cuja primeira edição data de 1942, Dick-Read chamou a atenção para a tendência, na época, a se aceitar toda nova descoberta científica como a “última palavra”, ao passo em que a “simplicidade” e o desvelamento das “grandes revelações” da natureza não eram tão bem recebidos. A atenção do obstetra direcionava-se especialmente à questão da dor, chamando a atenção para o fato de que, há várias gerações, o parto era aceito como uma experiência perigosa e dolorosa. Nesse sentido, o livro se anunciava como um primeiro passo na “cruzada” contra algumas práticas e crenças que, segundo o autor, tiravam o brilho do “glorioso chamado”, em alusão à maternidade.

Na visão de Dick-Read, a dor não era inerente à parturição, mas estava relacionada a atitudes e comportamentos culturais. Baseando-se na literatura antropológica do final do século XIX, o autor construiu seu argumento tomando como referência as experiências de mulheres provenientes de sociedades ditas “primitivas”, o que o levou a afirmar que: “The higher the civilisation of a country the more generally is pain accepted as a symptom of childbirth” (Dick-Read, 2013).

Segundo o médico britânico, nas sociedades “civilizadas” uma série de fatores culturais conspiravam para distorcer o que ele considerava ser a capacidade “natural” das mulheres de dar à luz sem sentir dor, o que gerava-lhes medo e prejudicava o processo normal de parturição. O obstetra apresentava uma explicação fisiológica: o medo levava a parturiente a tensionar o colo do útero, que, no entanto, deveria se abrir para dar passagem ao feto. Assim, o medo, somado à tensão, era, segundo ele, o que provocava a dor do parto. Dick-Read nomeou esse processo de “ciclo medo-tensão-dor” – que, deve-se ressaltar, foi

---

<sup>27</sup> Na época havia a prática, denominada “twilight sleep”, de aplicar na parturiente uma injeção de morfina e escopolamina, que fazia com que a mulher perdesse completamente a consciência durante o parto.

referido por algumas mulheres de camadas médias etnografadas, apontando para a penetração das idéias do obstetra britânico entre os adeptos da “humanização”<sup>28</sup>.

A quebra do “ciclo medo-tensão-dor”, de acordo com Dick-Read, dependia de um treinamento, a partir do qual as mulheres se informariam sobre o processo fisiológico de parturição, bem como seriam instruídas sobre técnicas de relaxamento e respiração. A efetividade do método, destaca Moscucci (2002), dependia de um relacionamento baseado na confiança e na cooperação entre médico e paciente.

A autora observa que as teses do médico, embora criticadas por seus colegas, foram bem recebidas pelas mulheres e, na década de 1950, um grupo de simpatizantes fundou a “Natural Childbirth Association”, com o objetivo de disseminar as idéias de Dick-Read. Segundo Moscucci (2002), o trabalho desenvolvido pela associação relacionava a proposta de parto “natural” “with such values as religious morality, improving the race, reinforcing family life, and re-establishing the Empire” (2002: 171).

Aos poucos, o método desenvolvido por Dick-Read perdeu terreno para a técnica “psico-profilática” desenvolvida pelo obstetra francês Fernand Lamaze e, em 1958, a própria associação filiou-se às idéias de Lamaze, o que também ocorreu com outras organizações envolvidas com o tema. A partir daquele momento e pelos 15 anos seguintes, afirmou Moscucci (2002), o Método Lamaze figurou como a principal alternativa à anestesia obstétrica.

---

<sup>28</sup> Sobre esse aspecto, deve-se destacar que na capa da última edição do livro “Childbirth Without Fear”, re-lançado em 2013, consta uma frase da antropóloga e ativista britânica, Sheila Kitzinger, na qual afirma: “Dick-Read remains an inspiration for the humanisation of childbirth”. As obras de Kitzinger tiveram grande repercussão no Brasil, em especial na década de 1980, vindo suas teses a servir de suporte para o movimento pelo parto “natural”, como informa Salem (2007). Além disso, o prefácio do livro de Dick-Read, em sua última edição, foi escrito por Ina May Gaskin, parteira americana que é considerada uma referência para o movimento pela “humanização” no Brasil. No esteio do movimento *hippie*, em 1971 Gaskin fundou com seu marido uma comunidade no estado de Tennessee (EUA), batizada de “The Farm”. Lá criou o “The Farm Midwifery Center”, uma das primeiras casas de parto extra-hospitalares do país. A partir do exposto, pode-se dizer que o obstetra britânico é considerado um “pioneiro”, a despeito das transformações pelas quais passou a proposta ao longo dos anos, como se verá adiante.

## Fernand Lamaze

Se Dick-Read pode ser considerado um conservador, o obstetra francês Fernand Lamaze, por outro lado, era um simpatizante da esquerda, apesar de nunca ter se filiado a um partido. Em 1947, Lamaze foi nomeado médico-chefe da clínica que ficou conhecida como Les Bluets, em Paris, que pertencia à União Sindical dos Trabalhadores da Metalurgia.

Em 1951, Lamaze participou de um Congresso Internacional de Obstetrícia e Ginecologia, realizado em Paris, durante o qual o professor soviético A. P. Nikolaev fez uma apresentação sobre o método psicoprofilático para o parto, que ele e outros acadêmicos vinham desenvolvendo na URSS (Betolli, 2003, Michaels, 2010a). O método buscava eliminar ou reduzir a dor do parto através de condicionamentos psicológicos, preparação física e educação, partindo do pressuposto de que, na maioria dos casos, a dor do parto era resultado de um condicionamento social, que levava as mulheres a antecipar e a programar a dor. Baseando-se nas teorias de Pavlov, a intenção era educar as gestantes de forma a permitir a criação de novos reflexos condicionados, que substituiriam os antigos, como o informa Betolli (2003):

*Le fondement théorique de la méthode se base sur les découvertes de Pavlov. Pour lui, toute activité mentale est explicable par la formation de réflexes conditionnés qui sont l'élément de base des activités psychiques plus complexes. Toute mentalité est transformable par la création de nouveaux réflexes conditionnés. L'éducation est, parmi d'autres, une forme de conditionnement"* (Betolli, 2003: 30).

Bem-impresionado com a exposição de Nikolaev, Lamaze viajou com uma delegação de médicos franceses, juntamente com membros da Comissão Nacional de Médicos Comunistas, afiliada ao Partido Comunista, para conhecer os avanços na saúde pública e na medicina soviética. Não estava previsto no roteiro da viagem, mas Lamaze insistiu para que pudesse presenciar um parto em que fosse utilizado o método psicoprofilático e, com permissão das autoridades russas, testemunhou o parto de uma mulher que deu à luz “sem dor e com alegria”, segundo afirmou posteriormente em uma entrevista (Michaels, 2010a).

A experiência fez com que Lamaze, ao regressar à França, se empenhasse na implementação e divulgação do método, que no país ficou conhecido como

“Parto Sem Dor” (PSD) e internacionalmente passou a ser chamado de “Método Lamaze”. Michaels (2010a) observa que determinadas condições, no contexto da Guerra Fria, tornaram a França extremamente receptiva ao programa. De maneira sucinta, é possível dizer que a rápida expansão do método deveu-se em grande medida ao apoio dispensado pelos administradores comunistas da clínica Les Bluets e pelos membros do Sindicato dos Metalúrgicos, que reconheciam o valor propagandístico do programa soviético, bem como a organizações de mulheres – como a *Unión de Femmes Françaises* (UFF), vinculada ao Partido Comunista –, que rapidamente aderiram e tiveram importante papel na divulgação do método. Ao longo dos anos, o PSD ganhou grande popularidade, sendo os cursos de preparação inclusive reembolsados pelo Seguro Social, a partir da aprovação pela Assembléia Nacional de uma proposta apresentada pelo Partido Comunista Francês, em 1956.

Na prática, destaca Michaels (2010a), o método era quase igual ao desenvolvido por Dick-Read no Reino Unido, ambos enfocando técnicas respiratórias e aulas educativas com vistas a dissipar o que o médico britânico denominou de “ciclo medo-tensão-dor”. A diferença residia no fato de que o PSD atribuía maior importância ao aspecto físico, isto é, à transmissão de técnicas para relaxamento muscular, enquanto o outro punha maior ênfase na preparação psicológica. Dick-Read tentou por diversas vezes que as semelhanças entre os métodos fossem publicamente reconhecidas e chegou a afirmar, durante um encontro em 1959 no Reino Unido, que não existia um Método Lamaze: “It was only a political method of converting women [to communism] using [my] own ideas” (*apud* Michaels, 2010 a: 1049).

De acordo com Betolli (2003), as aulas teóricas do PSD transmitiam conhecimentos de anatomia, fisiologia e neurologia, enquanto as práticas versavam sobre técnicas de respiração e auto-controle, que ensinavam a mulher como se adaptar e reagir às diferentes etapas do trabalho de parto. Durante o parto propriamente, uma equipe de profissionais, dentre eles o médico, ficava ao lado da parturiente para lhe dar apoio psicológico e transmitir orientações, nunca deixando a mulher sozinha. Além disso, como o observam Michaels (2010b) e Betolli (2003), o método, em sua versão francesa, passou a estimular a

participação ativa do pai durante a gravidez e o parto<sup>29</sup>, abrindo caminho para as demandas que, mais tarde, levariam à disseminação de sua presença na sala de parto – assunto que será retomado adiante.

Analisando os depoimentos das mulheres que deram à luz na clínica Les Bluets, Michaels (2010b) chama a atenção para como a capacidade de aparentar auto-controle durante o parto era reconfortante para os pais que assistiam ao nascimento de seus filhos e também para as próprias mulheres, na medida em que o parto classificado como “calmo” – isto é, sem gritos – incorporava a experiência de parto “digna” que elas almejavam. “No longer ‘something ugly and disgusting’, labor became an opportunity for the parturient to demonstrate dignity through her ability to use the power of her mind to conquer her physical sensations” (2010b: 37). No depoimento de uma das parturientes, fica explícita a relação entre a manifestação da dor por meio dos gritos a um comportamento animal, por ela reputado como negativo. A autora observa, nesse sentido, que havia claramente um tabu no que se refere à vocalização da dor entre os profissionais e as mulheres que divulgavam o PSD nos anos 1950.

### **Década de 1970**

Nos anos 1970, com a introdução de novas tecnologias de monitoramento do trabalho de parto (Moscucci, 2002) e como resultado da eclosão de uma série de movimentos libertários, que colocaram em xeque a confiança na ciência e questionaram o processo de medicalização, surgiram outras propostas direcionadas ao processo de parturição, com enfoques bastante diversos das anteriores. Se para Dick-Read e Lamaze, ainda que com interesses ideológicos opostos, o objetivo era aplacar a dor do parto e incentivar o auto-controle da mulher, na década de 1970 a atenção direcionou-se ao bebê e às práticas de

---

<sup>29</sup> Segundo Michaels (2010b), uma motivação utilitária teria levado uma médica, seguidora do método, a propor a Lamaze que as aulas de preparação na França também se estendessem ao pai: “In a major, far-reaching innovation on Soviet practice, Dr. Annie Rolland hit upon the idea of using husbands as what came to be called “coaches.” She served a rural population spread thinly over difficult, mountainous terrain. Because of accessibility issues, it was imperative that the husbands be prepared to assist their wives until Rolland could reach them. When she shared this idea with her mentor, Dr. Lamaze, he integrated it into PPM practice at Les Bluets” (2010b: 37). É importante destacar que a motivação utilitária apresentada pela médica não teria sido aceita por Lamaze, e mesmo pelos casais, se já não houvesse uma abertura e predisposição naquele contexto para integrar a presença paterna no parto, possivelmente associada ao fortalecimento da ideia de família nuclear.

nascimento, como sugerem as teses de Frédéric Leboyer, e na liberação da mulher dos “constrangimentos” sociais, em meio à valorização do corpo “natural” e “instintivo”, tal como proposto por Michel Odent.

### **Frédéric Leboyer**

Partindo da premissa de que, com a difusão do método desenvolvido por Lamaze, o parto havia se tornado um evento prazeroso para a mulher, o obstetra francês Frédéric Leboyer, na década de 1970, direcionou a atenção ao bebê, buscando compreender a experiência a partir de sua perspectiva. Logo nas primeiras páginas do livro “Nascer Sorrindo” – publicado pela primeira vez no Brasil em 1974 e que, em 1988, encontrava-se em sua 12<sup>a</sup> edição –, uma imagem parece resumir o argumento de Leboyer: enquanto a mãe, o pai e o médico sorriem olhando para o bebê que acaba de nascer, este chora, levando as mãos ao rosto e sendo suspenso, de cabeça para baixo, pelo obstetra. “Todo mundo irradia felicidade e contentamento. Todo mundo... menos a criança”, afirmou (1988: 24).

A principal premissa de Leboyer era de que o recém-nascido – visão que, em algumas passagens do livro, se estende ao feto – era uma “pessoa”, com direitos<sup>30</sup>, mas também com sentimentos e sensações, apontando para um processo de psicologização, que ganhou terreno no Brasil nos anos 1980, quando instaurou-se uma “cultura psicanalítica” nas camadas médias intelectualizadas (Lo Bianco, 1985). Segundo o médico, na época prevalecia a idéia de que o recém-nascido não ouvia, não enxergava e não sentia, o que contribuía para sua objetificação, sendo seu choro interpretado como um sinal de que a “máquina” estava em funcionamento. “Trata-se de uma pessoa que fala, mas que ninguém escuta”, afirmou.

No livro, Leboyer deu grande ênfase à dimensão sensorial da experiência do nascimento. Segundo o médico, tudo deveria ser minimizado, suavizado, para reduzir a intensidade do evento, que seria por princípio avassalador e violento,

---

<sup>30</sup> Singly (2007) observa que, na “segunda modernidade”, isto é, a partir dos anos 1960, a criança alcançou uma individualização progressiva, que resultou em uma ampliação do reconhecimento de seus direitos. O mesmo ocorreu com as mulheres, ou seja, com os “indivíduos menos individualizados da primeira modernidade” (Singly, 2007: 174), discussão que será retomada no capítulo 4.

sendo potencializado pelas práticas obstétricas convencionais, como a de suspender o recém-nascido pelos pés, bater em seu bumbum para que chore, colocar um holofote em seu rosto, cortar o cordão umbilical logo após o nascimento, etc.

O obstetra chamou a atenção para a grande sensibilidade do recém-nascido aos estímulos sensoriais e sugeriu que fosse tomada uma série de precauções para não agredi-lo de forma visual, tátil ou sonora. Dessa forma, Leboyer propôs um método, que previa, dentre outros aspectos, a penumbra na sala de parto, o silêncio, a espera e a imobilidade, o que poderia, segundo ele, ser resumido em uma palavra: “simplicidade”. A maneira como os pais e a equipe de assistência deveriam se comportar foi detalhada, de forma minuciosa e prescritiva, como no trecho em que o médico orientou as mães sobre como deveriam tocar seus filhos recém-nascidos: “as mãos não devem estar exaltadas, agitadas, tremendo de emoção; o toque deve ser calmo, leve, as mãos imóveis sobre a criança, deve-se apenas estar presente”.

De maneira geral, argumenta Leboyer, o objetivo de seu método era que o ambiente extra-uterino se tornasse o mais próximo possível do uterino, em um esforço para tornar o desconhecido conhecido. É interessante destacar que no caso do PSD a intenção era a mesma, isto é, fazer com que as mulheres passassem a conhecer a fisiologia do parto, para que perdessem o medo da experiência até então desconhecida. Na proposta de Leboyer, que tem o recém-nascido como foco, a dissipação do medo e da insegurança, sentimentos que seriam “naturalmente” despertados no feto já durante o trabalho de parto, se daria por meio da atenção à experiência sensorial, buscando torná-la o mais semelhante possível nos diferentes ambientes.

No livro, cuja linguagem tem um tom poético, é patente a influência de países orientais, como Índia e China, com citações de Lao Tsé e Tao Te Ching e o reconhecimento, na dedicatória da obra, de que “sem Sw. e sem a Índia este livro nunca teria sido escrito”. De fato, Leboyer visitou algumas vezes o país e encantou-se com o hinduísmo, religião da qual a maioria dos indianos é adepta. Em “Nascer Sorrindo”, o nascimento é descrito como um evento sagrado e os bebês são percebidos como uma representação do divino, sendo comparados aos

santos: “Em ambos emana uma graça, uma Shakti, que circunda cada criança que chega ao mundo” (1988: 130). Há ainda uma valorização da natureza, e são constantes as referências e analogias às suas manifestações.

Salem (2007) destaca que ao mesmo tempo em que o Oriente emerge para Leboyer como fonte de sabedoria – o que também transparece em outro livro do médico, “Shantala: massagem oriental para bebês” – a civilização ocidental desponta como seu contraponto negativo, pela “tecnologização” e a perda de afeto que caracterizariam as relações entre as pessoas e que teriam colaborado para tornar o nascimento um ato de violência contra o bebê.

“Talvez tenhamos perdido o gosto pela simplicidade. Sim, é preciso tão pouco!  
Nada de orçamentos caros, recursos eletrônicos, orgulhos da tecnologia,  
brinquedos de crianças crescidas, tão furiosamente na moda. Nada disso”.  
(Leboyer, 1988: 149)

Segundo Leboyer, para que a criança seja “poupada do terror” e seu nascimento se torne um “instante encantado”, basta que a transição entre os ambientes intra e extra-uterino ocorra de modo gradual, o que requer “paciência”, “modéstia”, “silêncio”, “atenção”, “preocupação com o outro” e “muito amor” (1988: 149).

Um último aspecto que, para os propósitos desse estudo, merece ser destacado refere-se ao fato de que a presença do pai do bebê no parto é tratada por Leboyer, que escreveu o livro na década de 1970, como certa e inquestionável. No Brasil, Salem (2007) pontua que o fenômeno do “casal grávido”, que previa a incorporação do homem na gravidez e no parto, teve início na década de 1980 e, creio ser possível afirmar que hoje, independentemente da adesão à proposta de parto “natural” ou “humanizado”, nas camadas médias e altas a presença do pai na sala de parto tornou-se a regra.

Leavitt (2009), pesquisando o contexto norte-americano, afirmou que, nos anos 1950 e 1960, os homens começaram a participar de programas de educação pré-natal que tinham como inspiração as ideias do obstetra francês Fernand Lamaze. Tais programas desmitificavam o processo de parturição, ensinavam técnicas para alívio da dor e estimulavam os homens a assumir o papel de *coaches* (treinadores) de suas mulheres durante o parto. No entanto, foi apenas nos anos

1970 e 1980 que a presença do pai na sala de parto disseminou-se e, segundo Leavitt (2009), para isso alguns fatores foram fundamentais, como a ampliação dos programas de educação pré-natal e a pressão exercida pelo movimento de mulheres e também por ativistas do movimento pelo parto “natural”. A autora observa, contudo, que as mudanças nas políticas hospitalares que possibilitaram a entrada do pai na cena do parto não se deram de modo uniforme. Os casais que compunham as camadas médias e altas e que podiam pagar para ter quartos privados foram os primeiros a ter acesso à sala de parto, ficando inicialmente excluídos os afro-americanos e aqueles provenientes de camadas populares, que apenas tardiamente tiveram autorização para fazê-lo.

Nesse aspecto, o contexto brasileiro apresenta semelhanças, isto é, o acesso à sala de parto foi franqueado primeiro aos casais de camadas médias e altas, como atesta o estudo de Salem (2007). A diferença, porém, é que ainda hoje a maioria dos hospitais e maternidades públicos, que atendem principalmente as camadas populares, não permite a presença de acompanhantes do sexo masculino, sob a alegação de que as enfermarias são coletivas. As mudanças de infraestrutura que seriam necessárias não foram feitas a despeito da existência de uma lei federal<sup>31</sup>, que desde 2005 prevê que os serviços de saúde do SUS são obrigados a permitir a presença de um acompanhante, de escolha da parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Soma-se a isso o fato de que, nas camadas populares, gravidez e parto muitas vezes são vistos como “assuntos de mulheres”, o que será explorado no próximo capítulo. A seguir, se buscará apontar a visão do médico francês Michel Odent, importante referência para o movimento pela “humanização” do parto e do nascimento, acerca da presença do pai no parto, bem como outros fundamentos de suas teses.

### **Michel Odent**

Em um artigo publicado em um jornal britânico de grande circulação, o médico francês Michel Odent (2008) afirmou que considera a presença do pai não apenas desnecessária, mas prejudicial ao trabalho de parto, uma vez que, segundo

---

<sup>31</sup> Lei número 11.108, cuja formulação foi proposta e incentivada pela ReHuNa. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm) Último acesso em 21/01/2013.

o obstetra, em razão da presença masculina o processo tenderia a tornar-se mais longo, doloroso e possivelmente resultar em um maior número de intervenções. Para o obstetra, a participação do pai no parto tornou-se uma “doutrina” e poucas pessoas ousam hoje questioná-la, o que ele se permite fazer baseando-se em sua longa experiência acompanhando partos.

Com essa afirmação o médico solucionou o dilema apontado por Salem (2007) nos anos 1980, quando a autora, ao discorrer sobre suas teses, observou uma tensão entre a visão do parto como uma experiência de e entre mulheres e aquela que reconhecia o nascimento como um “assunto de família”. No artigo, o médico esclareceu que por muito tempo não se sentiu à vontade para falar abertamente acerca do assunto, sobre o qual confessou ter reservas desde os anos 1970.

O posicionamento do obstetra no que concerne ao tema divide opiniões dentro do movimento pela “humanização” do parto e do nascimento no Brasil, que, de maneira geral, tende a valorizar e a incentivar a presença do pai do bebê, englobando um importante preceito do movimento pelo parto “natural” dos anos 1980, que resultou no fenômeno do “casal grávido” (Salem, 2007). Ainda assim, Odent desfruta de grande reconhecimento entre as adeptas da “humanização” e os membros da ReHuNa<sup>32</sup>, sendo, de maneira geral, bem aceito tanto pela vertente “biomédica”, quanto pela “alternativa”, tendo em vista que, como observou Tornquist (2004), “[Michel Odent é] um cientista que chega às mesmas conclusões atingidas pelos alternativos por uma via espiritual e holística” (2004: 127).

Odent foi discípulo de Leboyer<sup>33</sup> e coordenou, entre os anos de 1962 e 1985, a maternidade do Hospital de Pithiviers, na França, que veio a tornar-se seu laboratório. A sala de parto da maternidade, batizada de “sala selvagem”, tinha

---

<sup>32</sup> Prova disso é o fato de uma frase sua ter sido escolhida para dar início ao texto da “Carta de Campinas”: “Para mudar a vida, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”.

<sup>33</sup> Odent nutre uma preocupação em comum com o “mestre” no que se refere ao futuro da civilização. Ambos acreditam que a forma de nascer interfere, de maneira quase determinista, no comportamento dos indivíduos a longo prazo. Em “Nascer Sorrindo”, Leboyer advertira que as marcas deixadas pelo “nascimento violento” seriam visíveis, “nas loucuras, torturas e prisões” (1988: 43). Apoiando-se na ciência, Odent criou um centro de estudos em Londres, chamado de Primal Health Research Institute, que pretende avaliar os efeitos dos primeiros anos de vida, incluindo a gestação e a experiência do parto, sobre o comportamento dos indivíduos.

uma ambientação particular, sem o mobiliário e os equipamentos médicos habituais, apenas um estrado no chão, coberto com almofadas coloridas. No cômodo contíguo, havia uma piscina, rasa, porém ampla, que possibilitava que a mulher desse à luz na água, uma inovação para a época.

A partir da crítica à posição dorsal – considerada por Odent (1981) desfavorável do ponto de vista mecânico e representativa da passividade feminina frente ao médico – a sala foi criada com vistas a permitir que a parturiente pudesse se movimentar durante o trabalho de parto e ter liberdade para dar à luz na posição que achasse mais conveniente. No livro “Gênese do homem ecológico: Mudar a vida, mudar o nascimento. O instinto reencontrado”, Odent explica que:

“o adjetivo selvagem indica (...) um lugar que favorece os comportamentos regressivos, que permite aceitar que se ultrapasse tudo o que foi adquirido por nossa memória cultural, que permite a expressão de uma memória inscrita nas estruturas cerebrais mais profundas, quer dizer, a expressão de uma memória pré-cultural, ou mesmo animal” (1981:81).

Com efeito, a referência aos instintos é uma constante nas obras de Michel Odent, que descreve o parto a partir de uma visão estritamente fisiológica<sup>34</sup>, na qual a cultura é claramente apresentada como um obstáculo a ser transposto. De acordo com Odent (2001), o trabalho de parto, quando transcorre sem intervenções, é impulsionado por uma cadeia sutil de hormônios, que vão acionando um ao outro e conduzindo o processo que, em última instância, seria guiado pelo próprio corpo. Tal processo, afirma Odent (2001), seria comandado pelo “sistema límbico”, também chamado de “estrutura primitiva do cérebro”, que os humanos têm em comum com os demais mamíferos. O “sistema límbico”, aponta o médico, seria a parte do cérebro responsável por comandar certos comportamentos necessários à sobrevivência de todos mamíferos. Noutras palavras, por comandar os instintos<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> Não se deve esquecer, como nos recorda Le Breton (1999), que o saber biomédico, considerado o saber oficial do corpo nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras. Nesse sentido, “el cuerpo es una realidad que cambia de una sociedad a otra, las imágenes que lo definen, los sistemas de conocimiento que buscan elucidar su naturaleza, los ritos que lo representan socialmente, los resultados que alcanza, son sorprendentemente variados, incluso contradictorios” (1999: 67).

<sup>35</sup> Odent afirma que, atualmente, o termo “instinto” tem sido considerado inadequado para se referir aos humanos, o que considera surpreendente, “since homo sapiens is equipped with subneocortical neuro-endocrine structures pretty similar to those of all mammals” (2009: 697).

De acordo com Odent (2001), esses comportamentos são regidos por uma cascata de hormônios e neurotransmissores, que, no entanto, podem ter sua secreção prejudicada pela ativação do neocortex, região do cérebro que evoluiu mais recentemente nos humanos. Também chamado de “cérebro racional”, o neocortex é a parte do cérebro responsável por produzir a linguagem simbólica e pelo desempenho de tarefas intelectuais.

Segundo Odent (2001), a não ativação do neocortex permitiria à parturiente ir temporariamente para “outro planeta”, isto é, entrar em um “estado alterado de consciência”. Segundo o médico, este estado seria desejável para o “bom” andamento do trabalho de parto, o que, em sua visão, significa dizer que este transcorreu sem a necessidade de procedimentos médicos. A indesejada ativação do neocortex ocorreria por meio de estímulos externos (como luz forte, linguagem, percepção de que se está sendo observada, frio, etc.), que levariam a mulher a agir racionalmente em um momento em que, na visão do médico, o ideal seria que ela se tornasse “instintivamente responsiva”.

When a labouring woman is ‘on another planet’, this means that the activity of her neocortex is reduced. This reduction of the activity of the neocortex is an essential aspect of birth physiology among humans. This aspect of human birth physiology implies that one of the basic needs of labouring women is to be protected against any sort of neocortical stimulation. (...) Language, particularly rational language is one such factor. When we communicate with language we process what we perceive with our neocortex.<sup>36</sup>

De acordo com Odent (2001), tanto no sexo quanto no parto, situações em que haveria a liberação dos mesmos hormônios, especialmente a ocitocina, por ele chamada de “hormônio do amor”<sup>37</sup>, seria recomendável uma ambientação semelhante àquela proposta por Leboyer, qual seja: penumbra, silêncio, privacidade, temperatura amena. Outro fator importante seria a mulher se sentir segura e relaxada. Dessa forma, o neocortex não teria sua atividade estimulada,

<sup>36</sup> <http://www.wombecology.com/physiological.html>

<sup>37</sup> Nas obras de Odent as emoções são frequentemente descritas como tendo sua origem no funcionamento do corpo, em especial a partir da atuação dos hormônios, ignorando o contexto social no qual o sujeito está inserido. Esta visão fica explícita em diversas passagens, como naquela reproduzida a seguir: “Immediately after birth, oxytocin – an altruistic hormone – and prolactin – a mothering hormone – complement each other” (2001: S 42). Os estudos etológicos são uma importante referência para o obstetra, que parece, em determinados momentos, “humanizar” os resultados apontados por essas pesquisas. Um exemplo seria aquele, descrito por ele, de ratos que, ao receberem uma infusão de sangue de outro animal de sua espécie que deu à luz há poucas horas, passariam a adotar comportamentos “maternais”.

permitindo que o “sistema límbico” pudesse atuar e levar a mulher a um “estado alterado de consciência”, que resultaria na expressão, “livre” e “singular”, do corpo-em-trabalho-de-parto. Um crítico do termo parto “humanizado”, Odent costuma dizer que o parto deveria, na realidade, ser “animalizado”, sugerindo um “re-encantamento da natureza” e um achatamento das diferenças que nega qualquer hierarquia, abrindo caminho para uma “naturalização do humano” ou para uma “humanização da natureza”, como propõem Russo e Ponciano (2002). De acordo com as autoras, o “re-encantamento” da natureza encontra correspondência no radical desencantamento das qualidades distintivas do ser humano.

De fato, predomina na visão de Odent, como parte de um ideário antimédico mais amplo, uma valorização dos instintos e da natureza, por oposição à cultura, que é vista como potencialmente capaz de contaminar e comprometer o bom andamento do parto. No trecho anteriormente transcrito fica evidente que, para Odent, cabe aos que prestam assistência à mulher protegê-la das interferências “danosas” que o pensamento racional – manifesto especialmente via linguagem – poderia infringir ao processo “natural” e fisiológico de parturição. Não por acaso, a linguagem simbólica é justamente o que difere o humano dos demais mamíferos, o que explicaria o fato de esta ser vista por Odent como uma das grandes ameaças ao processo, uma vez que, segundo ele, o que a parturiente deve almejar é exatamente aceder a um momento “pré-cultural” (1981: 08), igualando-se aos demais mamíferos.

Com frequência, a experiência de parturição de animais é tomada como exemplo por ativistas e profissionais afinados com o ideário, especialmente por aqueles mais influenciados pelas teses de Odent. Estes costumam recordar que, entre os animais, é comum que a fêmea que está prestes a dar à luz procure um ambiente tranquilo e protegido para parir – o que, segundo Odent (2009), costumava ser feito pelas mulheres nas sociedades ágrafas e pré-agrícolas, porém, foi abandonado como resultado do processo de “socialização do parto”<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Sobre esse aspecto, alguns autores, dentre eles Woodward (2005) e Hobsbawn e Ranger (1997) chamam a atenção para como a identificação com o passado, que é reinventado e reconstruído, geralmente busca responder a uma demanda política atual.

O obstetra argumenta que, “a despeito de, por milhares de anos, ter havido um controle cultural sobre o parto, que cada vez mais nega e ignora as necessidades mamíferas básicas da mulher em trabalho de parto e do recém-nascido” (Odent, 2009: 698), até os anos 1950 as parturientes continuavam dando à luz em ambientes predominantemente femininos – em casa e com o auxílio de parteiras –, considerados por ele como sendo os mais adequados. Com efeito, o preceito do parto como um evento feminino é um importante pilar das teses de Odent, para quem este deveria ser preferencialmente acompanhado por parteiras, por acreditar que as mulheres têm uma sensibilidade mais instintiva e afetiva, que favoreceria a conexão com a parturiente.

No entanto, na segunda metade do século XX, de acordo com Odent, a “atmosfera do parto masculinizou-se”, o que atribui a três fatores: 1) ao aumento do número de obstetras homens; 2) à presença do pai na cena do parto<sup>39</sup> e 3) ao uso cada vez mais freqüente de tecnologia, considerada por ele um símbolo masculino. A associação feita por Odent entre o masculino e o tecnológico sugere, por oposição, que as mulheres seriam consideradas mais próximas da natureza do que os homens, percepção que parece predominar nas diversas culturas, como afirma Ortner (1974). De fato, esse parece ser um pressuposto de Odent, mas com uma importante diferença: se a natureza, no seu sentido mais generalizado, tende a ser culturalmente desvalorizada, isto é, vista por cada cultura como sendo de uma ordem inferior a si própria, como afirma Ortner (1974), nas teses do obstetra francês observa-se o inverso, isto é, há uma valorização da natureza e do feminino.

Além do processo de “masculinização”, outro fator, na visão de Odent, teria interferido negativamente sobre o parto na segunda metade do século XX, qual seja: o surgimento do método do Parto Sem Dor (PSD), desenvolvido por Fernand Lamaze. Na avaliação de Odent, o PSD revelou-se “uma forma sofisticada e sem precedentes de controle” do parto, a partir da proposta de “ensinar as mulheres como dar à luz” (Odent, 2009: 698).

---

<sup>39</sup> Para Odent (2008), a presença do pai no parto seria prejudicial em grande medida pelo interesse masculino em “compartilhar a experiência”, que impediria que a parturiente ficasse recolhida e quieta. Segundo Odent (2008), quando o parceiro oferece palavras de apoio e orienta a mulher, ele impede que ela se recolha em seu “mundo particular” e passe a agir instintivamente.

Uma das grandes críticas de Odent a Lamaze refere-se ao fato de este ter desenvolvido uma teoria que propõe uma solução “cultural” para enfrentar a dor do parto, isto é, através da educação e da orientação transmitida à parturiente. Como já referido, a cultura é vista por Odent justamente como um entrave, um obstáculo, estando na “Natureza” (sic) o caminho para se vivenciar um parto “fácil” e sem complicações, a partir da possibilidade da mulher agir com a parte “primitiva” do cérebro e esquecer todo o aprendizado socialmente adquirido. Odent, como já o notara Salem (2007), rejeita todo e qualquer conteúdo prescritivo, adotando como premissa a supremacia do instinto (ou do “natural”).

Seguindo esse raciocínio, o médico mostra-se contrário à presença de vários especialistas na cena do parto – como assistentes, *coaches* (treinadores), fisioterapeutas, terapeutas corporais, psicólogos, etc –, que teriam surgido sob influência do método desenvolvido por Lamaze, com o objetivo de auxiliar a eliminar a dor e o medo por meio de métodos não-farmacológicos. “The conditioning of new generations of mothers was that women were not able to give birth without the guidance of an expert” (2009: 699). Recentemente, teria contribuído para reforçar essa percepção a divulgação de inúmeros vídeos de parto – considerados por ele uma “epidemia” – que exibem a mulher dando à luz enquanto é assistida por três ou quatro pessoas, dentre elas o pai do bebê.

A crítica tecida pelo médico aos especialistas, contudo, não necessariamente redundante em sua total desqualificação. Odent acredita que uma parteira experiente, definida por ele como “motherly, low profile and silent” (2009: 699), pode substituir a figura materna e transmitir segurança à mulher, o que contribuiria para que o processo fisiológico transcorresse de forma adequada. De acordo com Odent, uma das principais atribuições da parteira – a qual, deve-se destacar, não está relacionada a seus conhecimentos técnicos – seria garantir que a mulher fosse protegida de estímulos que pudessem fazê-la agir racionalmente, por meio da ativação do neo-córtex.

No Brasil, como bem observa Tornquist (2004), o posicionamento de Odent rendeu-lhe um público cativo de enfermeiras obstetras, que atualmente disputam espaço com os médicos no campo da Obstetrícia. No entanto, correndo o risco de desagradá-las, em alguns momentos o médico radicaliza seu

posicionamento, afirmando que a situação “ideal”, ainda que excepcionalmente rara, seria a parturiente estar em completa privacidade e não ter ninguém a observando. Em um artigo publicado em 2008, Odent revelou que essa foi a experiência de sua companheira, ao dar à luz seu último filho, em 1985:

“At the exact moment our son arrived in the world, the midwife was on her way down the street and I, having made my excuses realising he was about to be born, was fiddling with the thermostat on the central heating boiler downstairs. My partner did not know, but I had given her the exceptionally rare, but ideal situation in which to give birth: she felt secure, she knew the midwife was minutes away and I was downstairs, yet she had complete privacy and no one was watching her”. (2008: 28).

A visão exposta por Odent de que o parto “ideal” é aquele em que a mulher dá à luz sozinha<sup>40 41</sup>, parece apontar para uma radicalização do sentido anti-medical, já presente em suas teses. Ao sobrevalorizar a fisiologia em detrimento de outros aspectos, o médico chega à conclusão de que o corpo deve, idealmente, conduzir o processo de parturição. Nesse sentido, é como se Odent buscasse isolar o corpo humano, parecendo colocar o sujeito entre parênteses e fazendo de seu corpo uma “quase-pessoa” (Le Breton, 2007), desprezando as dimensões pessoal, social e cultural. De fato, observa Le Breton (2007), na representação anátomo-fisiológica tudo se passa como se fosse necessário escapar do contexto para entregar-se ao “absoluto”.

Como é possível notar, os dualismos que marcam a constituição do sujeito moderno, isto é, corpo e mente, emoção e razão, natureza e cultura, não são superados, pelo contrário, são enfatizados, porém, com uma atribuição de valor que inverte os pólos da equação. Se a mente, a razão e a cultura – e, por que não, o masculino? – foram supervalorizados na Modernidade, em detrimento do corpo, das emoções, da natureza – e do feminino –, nas teses de Odent procede justamente o oposto. Isto é, nelas há uma valorização do “natural” e do instintivo, sendo o corpo observado exclusivamente através das lentes da fisiologia – área de conhecimento que, não deve-se perder de vista, “teve uma importância no

<sup>40</sup> Deve-se mencionar que, atualmente, há mulheres que têm feito a opção pelo que chamam de “parto desassistido planejado” (movimento que nos EUA tem sido nomeado de “unassisted birth”, “free birth” ou “DIY birth”, sigla para “do it yourself”), no qual dão à luz sozinhas ou em companhia de alguém de sua confiança, porém sem formação técnica para atendimento ao parto.

<sup>41</sup> O parto solitário soa quase como uma metáfora da “vitória” da biologia e da natureza, isto é, do corpo “natural” – segundo Ortega uma “ficção criada pela biomedicina ocidental” (Ortega, 2008: 204) – sobre a cultura.

desenvolvimento do biopoder, no século XIX, e desempenhou um papel decisivo como discurso de normalização e disciplinamento” (Ortega, 2008: 213).

Na interpretação de Odent, as dificuldades no parto seriam, nesse sentido, associadas à racionalização do processo e aos entraves impostos pela cultura, devendo a parturiente “liberar-se” das “amarras” – intelectuais, sociais e culturais – para dar à luz de modo “natural”. Quando realizado dessa forma o parto teria o potencial de resultar em uma experiência prazerosa para a mulher, em consonância com os projetos de transformação social revolucionária dos anos 1960, que explicitavam a ênfase na busca não apenas da liberdade, mas, fundamentalmente, do prazer. (Pereira, 1986: 39).

Russo e Ponciano (2002), em artigo sobre a concepção de sujeito que emerge das teorias neurocientíficas, chamam a atenção para como a singularidade e a liberdade são percebidas nesses estudos como ancoradas na natureza biológica do homem, o que implica em uma mudança radical de perspectiva, tendo em vista que a visão tradicional, caudatária da concepção kantiana de um mundo físico “sem alma”, “concebia o biológico como sinal de determinismo absoluto e, portanto, falta de liberdade” (Russo e Ponciano, 2002: 363).

### **2.3.**

#### **Brasil: o cenário atual**

##### **2.3.1.**

#### **“Epidemia” de cesáreas e “violência institucional”**

A proposta de “humanização” do parto e do nascimento, como já mencionado, disseminou-se inicialmente em um pequeno segmento de mulheres de camadas médias, provenientes dos grandes centros urbanos brasileiros. Por outro lado, foi também nesse estrato social, em especial nas regiões mais afluentes do país, onde, nos últimos 30 anos, registrou-se um aumento expressivo da taxa de partos cesáreos no Brasil, país que lidera o ranking mundial no que se refere à realização da cirurgia. Mais precisamente, no ano de 2012, 54% de todos os partos realizados foram cesáreos.

Essa taxa vem crescendo, em média, 2% ao ano<sup>42</sup>, o que tem levado alguns ativistas e formuladores de políticas públicas a afirmar que o Brasil estaria experimentando uma “epidemia” de cesáreas, considerando-se que a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que esta não supere os 15% ao ano. No setor privado, onde cerca de ¼ de todos os partos são realizados, a situação é ainda mais crítica, tendo em vista que a taxa de cesáreas chega a 83%, mais do que o dobro daquela registrada no setor público, que é de 38%<sup>43</sup>, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde relativos ao ano de 2011.

Os resultados preliminares da recente pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, conduzida pela Fiocruz<sup>44</sup> e que ouviu 24 mil mulheres que deram à luz em maternidades públicas e privadas do país, confirmam a tese, já apontada por outros estudos, de que a cirurgia cesariana é realizada especialmente naquelas que integram as camadas médias e altas da sociedade. Com efeito, entre as entrevistadas que tinham sido submetidas à cirurgia, 84,4% possuíam ensino superior e 79,2% eram conveniadas a planos privados de saúde. Dentre estas, a maioria se auto-declarava branca e residia nas regiões Sudeste e Centro-Oeste do país, onde é possível localizar maternidades privadas nas quais mais de 90% dos partos realizados são cirúrgicos<sup>45</sup>.

Na visão dos médicos (89%), segundo pesquisa realizada em São Paulo pelo Núcleo de Estudos da População (1996), citada por Carneiro (2011), as altas taxas de cesárea no país resultam de um desejo da mulher, que teme a dor e a possibilidade de sofrer lesão vaginal durante o parto “normal”.

---

<sup>42</sup> Em 1970, a taxa de cesáreas era de 14,6% (Rattner, 1996).

<sup>43</sup> Segundo Aguiar (2010), a prevalência de partos “normais” no setor público deve ser atribuída, ao menos parcialmente, à influência do “Programa de Humanização do Parto e Nascimento”, criado pelo Ministério da Saúde e sobre o qual se tratará adiante. O programa exerce um controle institucional sobre as quotas de parto cesáreo nesses serviços.

<sup>44</sup> A pesquisa, cuja coleta de dados foi realizada entre os anos de 2011/2012, contemplou 268 maternidades, de 191 municípios, de todos os estados do país. O acesso aos resultados preliminares foi obtido durante palestras concedidas por Silvana Granato e Marcos Dias, alguns dos coordenadores do estudo, em novembro de 2012 e novembro de 2013.

<sup>45</sup> De acordo com a matéria intitulada “Melhores Maternidades do País”, publicada na Revista Pais & Filhos, em julho de 2009, no Hospital Barra D’Or, localizado na Barra da Tijuca, a taxa de cesáreas era de 95%.

É certo que uma parcela das gestantes, especialmente nas camadas médias e altas, de fato faz a opção pelo parto cesáreo. Contudo, ainda que isso ocorra, alguns estudos têm considerado que a preferência das mulheres pela cesariana tem sido superestimada. Esses estudos (Potter et al., 2001, Barbosa et al., 2003, Dias et al., 2008, Cardoso e Barbosa, 2012, Pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”) apontam que a maioria das mulheres inicia a gestação manifestando preferência pelo parto “normal”, embora nos segmentos médios e altos o desfecho, na maior parte das vezes, seja o parto cirúrgico – quase sempre definido antes da gestante entrar em trabalho de parto (Dias et al., 2008).

Dentre essas pesquisas, algumas procuraram comparar o interesse pela cesárea entre mulheres de diferentes camadas sociais, como os estudos realizados por Potter et al. (2001), bem como a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, da Fiocruz. Em ambos, foram realizadas entrevistas em diferentes momentos da gestação: no início, ao final, bem como um mês após o parto.

No estudo de Potter et al. (2001) não foi observada mudança no interesse pelo tipo de parto ao longo da gestação, isto é, no início e ao final da gravidez entre 70% e 80% das entrevistadas, tanto de camadas médias quanto de classes populares, manifestaram a intenção de darem à luz por via vaginal. Deve-se destacar, contudo, que essa intenção não se concretizou para a maioria das mulheres de camadas médias, diferentemente do que foi observado entre as parturientes de classes populares, que foram atendidas no setor público de saúde.

Já os resultados preliminares da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada mais recentemente, aponta algumas diferenças e estas talvez reflitam de maneira mais acurada a realidade atual. De acordo com o referido estudo, 36% das mulheres de camadas médias inicialmente desejavam um parto cesáreo, percentagem que quase dobrou, chegando a 68% no final da gestação, mesmo não tendo sido registradas complicações clínicas ao longo da gravidez. Tal variação, contudo, não foi observada entre as mulheres de camadas populares. Destas, 15% disseram que gostariam de ter uma cesariana, taxa que não sofreu variação ao final da gravidez. Deve-se destacar que, dentre as entrevistadas de camadas médias, quase 90% tiveram partos cesáreos.

Como é possível notar, nas camadas médias e altas da sociedade brasileira, as mulheres dão à luz primordialmente por meio de cirurgia abdominal, o que não deve ser atribuído unicamente a uma demanda feminina. Em palestra, Marcos Dias, um dos coordenadores da pesquisa “Nascer no Brasil”, chamou a atenção para a organização do trabalho nas maternidades privadas, cuja estrutura está montada para trabalhar sob a forma de agendamento e não estimula a realização do parto “normal”. Carneiro (2011) também procurou elencar alguns motivos que poderiam esclarecer as altas taxas de cesáreas nesses segmentos, aparentemente encontrando nos médicos – sua conveniência, forma de atuação e formação profissional – a principal explicação para o fenômeno<sup>46</sup>:

“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 (...). Haveria também o temor de processos judiciais por erro médico, circulando a ideia 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 (...). 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” (Carneiro, 2011: 25).

Diferentemente do que se observa entre as mulheres de camadas médias, para aquelas provenientes de camadas populares, atendidas no setor público de saúde, a regra parece ser o parto “normal”. O que, é preciso ressaltar, não deve ser propriamente atribuído a uma demanda feminina. Ainda que a maioria das pesquisas aponte a preferência entre as mulheres desse segmento pelo parto “normal”, sendo apresentada como justificativa, em geral, a rápida recuperação no período pós-parto parto, concretamente elas apresentam muito pouca ingerência sobre o processo. Como sugere o estudo de Chacham (2004b), para citar apenas um exemplo, uma pequena parcela inclusive gostaria de dar à luz por via cirúrgica, o que em momento algum é levado em consideração pelo profissional de saúde que lhe presta assistência – em evidente contraste com o que ocorre no setor privado.

---

<sup>46</sup> Não é a intenção tratar exaustivamente dos motivos que conduzem às altas taxas de cesárea no país, apenas apontar para a existência do fenômeno, especialmente nas camadas médias e altas, e para a complexidade da questão.

Na pesquisa conduzida por Chacham (2004b) em Belo Horizonte, da qual participaram mulheres de diferentes segmentos sociais, uma pequena parte das entrevistadas, de ambos os grupos, informou durante a gravidez almejar um parto cesáreo. No entanto, enquanto praticamente todas as mulheres de camadas médias tiveram seu desejo atendido, entre as mulheres de camadas populares não ocorreu o mesmo, o que levou a autora a afirmar que:

“For [middle classe women] is easier to obtain a cesarean when they wish one. In the case of poor and working class women delivering in public hospitals, even when they want a cesarean they do not get one unless a doctor decides they need them. Most of the time they do not know who is going to assist their birth or they even have the chance to express their wishes” (Chacham: 2004b, 09).

Para as mulheres de camadas populares, portanto, o padrão nas maternidades e hospitais públicos brasileiros é o parto “normal” que, da forma como é rotineiramente realizado, prevê uma série de procedimentos médicos, como anteriormente referido. É válido acrescentar que, mesmo nesse segmento, a definição pelo parto cirúrgico tampouco pode ser atribuída exclusivamente a uma questão de “necessidade”, isto é, a uma indicação clínica, como sugerira Chacham (2004b). A cesariana, em algumas situações, pode ser realizada como forma de atender a um acordo tácito existente entre os médicos, que prevê que o “pré-parto” deva ser “limpo” antes da troca de turnos, isto é, que todas as parturientes que se encontram em trabalho de parto devam dar à luz, evitando que o profissional que está para assumir o plantão tenha que se ocupar daquelas que fizeram a internação mais cedo. Segundo Dias (2006), que observou esta prática durante pesquisa realizada em uma maternidade pública, trata-se

“de um acordo velado entre os profissionais de que cada equipe deve resolver os casos que interna (...). O acordo implícito entre eles é o de que não é correto deixar muito ‘trabalho’ para o plantão noturno. No dia seguinte todos terão que trabalhar e, portanto, é preciso garantir que será possível ter um descanso durante a noite” (Dias, 2006: 117).

Como é possível notar, diversos e complexos fatores convergem para definir que tipo de parto as mulheres de diferentes estratos sociais irão vivenciar. Nesse sentido, é possível afirmar que a probabilidade de uma gestante vir a ter um parto cesáreo ou “normal” não depende necessariamente de seu histórico individual de saúde, como já destacara Martin (2006), que chamou a atenção para o fato de que “a origem social de uma mulher, juntamente com sua raça, afeta

profundamente o tipo de experiência de parto que ela terá na maternidade” (2006: 233).

Sendo assim, é importante destacar que no caso das mulheres que dão à luz no setor público de saúde, não é incomum que faça parte de sua experiência de parturição episódios de “violência institucional”<sup>47</sup>, termo que, de maneira ampla, faz alusão aos abusos ou maus-tratos cometidos por profissionais de saúde durante a assistência ao parto. Com efeito, pesquisas realizadas em maternidades públicas de diferentes estados do país apontam nessa direção, como sugerem os estudos de McCallum e Reis (2006), Gomes et al. (2010), Denyer (2008), Dalsgaard (2006), entre outros.

Em sua tese de doutorado, Aguiar (2010) chamou a atenção para as diferentes formas através das quais a violência é exercida nas maternidades públicas, compreendendo episódios de negligência, discriminação social e violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) até situações de violência física e abuso sexual.

De acordo com a autora, com alguma frequência os profissionais de saúde fazem declarações moralistas e preconceituosas sobre a vida pessoal e o comportamento da paciente, com frases do tipo: “Está gritando por quê? Na hora de fazer gostou!”, que explicitam estereótipos de classe e de gênero, sugerindo que a dor do parto deva ser o preço a ser pago pelo prazer sexual e pelo exercício da sexualidade, supostamente fora de controle, nas mulheres pobres.

Nesse contexto, não é de surpreender que a cesárea represente para essas mulheres uma via para driblar os maus-tratos aos quais são submetidas durante o

---

<sup>47</sup> Aparentemente buscando englobar a ideia de “violência institucional”, o conceito de “violência obstétrica” ganhou força em anos recentes, com a disseminação do ideário da “humanização”. Nesse sentido, o termo inclui critérios diretamente relacionados às demandas do movimento, sendo considerado “violência obstétrica”, por exemplo, o uso de tecnologia “inapropriada” durante o parto ou a falta de consentimento da mulher em relação aos procedimentos realizados, o que faz com que um grande número de mulheres – em especial nas camadas médias –, julgue ter sido alvo de “violência obstétrica”. No entanto, a percepção desses atos como “violentos” implica, de antemão, o contato com o ideário da “humanização”. Por outro lado, os maus-tratos cometidos nas maternidades públicas são percebidos mesmo por mulheres que não têm contato com o ideário. Contudo, é importante destacar que, ainda que incomodadas e sentindo-se moralmente agredidas, em muitos casos, a maioria das mulheres de camadas populares não reconhece tais abusos como atos de “violência”, pois, como destaca Aguiar (2010), para elas o termo deve ser empregado apenas aos casos de agressão física ou sexual.

parto “normal”, como sugere o trabalho de Denyer (2008), realizado na periferia de São Paulo. Nas palavras da autora, “pregnant women actively seek to be labeled ‘at risk’ during ante-natal care by doctors, nurses and health care technicians in order to avoid the discrimination and physical abuse often associated with vaginal delivery” (2008: 02).

Se a “violência institucional” exercida nas maternidades públicas parece ser rotineira e gerar uma grande insatisfação nas mulheres de camadas populares, que em alguns casos chegam ao limite de almejar a cesariana para escapar aos maus-tratos de que são alvo durante o parto “normal”, entre aquelas provenientes de camadas médias os relatos que fazem referência a esse tipo de violência são menos freqüentes<sup>48</sup>, apontando para como a “violência institucional” está diretamente associada a questões de classe e “raça”.

No entanto, entre as mulheres de camadas médias, ou melhor, em uma pequena parcela delas, também é possível localizar um sentimento de insatisfação no que se refere à experiência de parto, principalmente com o fato de a cesariana ter se convertido, no setor privado, no modelo de parturição, praticamente não havendo alternativas a ele (Diniz, 2005). Assim, se é possível dizer que “existe uma maioria que pede ou aceita a cirurgia, [há] também uma parcela que procura escapar de sua realização”, como observa Carneiro (2011: 44).

O que se pretende argumentar é que o sentimento de insatisfação que atingia mulheres provenientes de diferentes estratos sociais, ainda que com origens diversas, possivelmente contribuiu para torná-las um público em potencial, permeável à proposta de parto “natural” e “humanizado”. É importante destacar que esta proposta disseminou-se inicialmente entre as mulheres de camadas médias, que tiveram importante papel na sua divulgação, mas, aos poucos, com a incorporação dessas práticas em algumas instituições públicas de saúde – resultado da participação ativa de membros da ReHuNa em Secretarias Municipais e no Ministério da Saúde, o que será explorado adiante – mulheres de camadas populares também passaram a ter acesso a ela.

---

<sup>48</sup> Como sugerem os resultados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, publicada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Sesc.

### 2.3.2. Internet e mobilização feminina

No contexto de uma entrevista realizada com a doula e ativista Flora, coordenadora do curso de preparação para o parto onde foi feita a pesquisa de campo com mulheres de camadas médias, foi enfatizada a importância da Internet nos anos 2000, considerada fundamental para a divulgação e ampliação do movimento em favor da “humanização” do parto e do nascimento:

“A internet foi tudo de maravilhoso para a gente! O movimento era muito menor... imagina o que a gente conseguiu! Assim, em 1999 eu criei a primeira lista [de discussão na internet] de parto natural. Daí nessa lista as mulheres começaram a falar muito, tinha muita gente, as pessoas foram aderindo, aderindo... Tinha muita mensagem e as pessoas começaram a reclamar, porque eram mães com bebês que ficavam falando de fraldas, de coisas que não interessavam muito às outras, aí criou um pouco de conflito e algumas saíram e criaram outra lista: a Amigas do Parto. Foram 4 amigas que estavam na lista Parto Natural. Elas continuaram falando de parto natural, mas criaram outra lista. E a coisa foi se diversificando porque de uma lista saíram outras, saíram outras... porque aí os grupinhos iam fazendo... “Não, a gente quer fazer uma lista só de quem é do interior de São Paulo”, uma lista só de quem é não sei da onde, e aí foram fazendo e a coisa foi se multiplicando”. (Flora)

Criado em 2001, o espaço virtual “Amigas do Parto”, site e lista de discussão na internet, divulga artigos, depoimentos, informações sobre plano de parto, direitos das mulheres, além de uma lista de profissionais afinados com o ideário da “humanização”. O “Amigas do Parto”, que depois tornou-se também uma Organização Não-Governamental (ONG)<sup>49</sup>, deu os primeiros passos, juntamente com a lista “Parto Natural”, no que veio a se configurar como uma importante mobilização de mulheres de camadas médias. Inspiradas no movimento pelos direitos do consumidor, elas passaram a se organizar enquanto “consumidoras” dos serviços médicos e hospitalares, a partir da crítica à prática obstétrica (Carneiro, 2011, Diniz, 2005). De acordo com Carneiro (2011: 14), “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>49</sup> O site continua na Internet, mas não tem sido atualizado. Ainda assim, é muito acessado por mulheres interessadas no assunto. A ONG, por sua vez, foi criada por uma das fundadoras do site original.

No esteio dessa mobilização surgiu o grupo virtual “Parto do Princípio: Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa”, formado por voluntárias de diversos estados do país que, de acordo com informações obtidas no site, “crêem em seus direitos e, acima de tudo, em sua capacidade de tomar para si as decisões a respeito de seus corpos, de sua saúde, de suas vivências”. A rede é bastante ativa politicamente e há alguns anos apresentou denúncia ao Ministério Público Federal contra o número abusivo de cesáreas no sistema privado de saúde. Em 2010, a denúncia acabou resultando em uma ação civil pública, que pretende obrigar a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a regulamentar os serviços obstétricos realizados por planos de saúde privados no Brasil. Recentemente, o grupo elaborou um dossiê sobre violência obstétrica, que foi entregue à CPMI da Violência contra a Mulher.

Além dos diversos sites e listas de discussão (sendo possível citar também as listas “Materna”, “Parto Nosso” e “Mães Empoderadas”), um número significativo de blogues foi criado, de forma independente, por mulheres de camadas médias que tinham passado pela experiência de parto “natural” e “humanizado” ou que gostariam de vivenciá-la, multiplicando de forma exponencial a divulgação do ideário e contribuindo para a ampliação do movimento nesse segmento. Grupos presenciais, gratuitos e organizados pelas próprias mulheres, também começaram a surgir em vários estados, com o intuito de oferecer apoio emocional e fornecer informações sobre gravidez e parto, tomando como referencial os pressupostos da “humanização”. Na avaliação de Flora, graças à Internet, “o movimento explodiu nos anos 2000”<sup>50</sup>.

Deve-se destacar que um evento internacional organizado no final do ano 2000, pela ReHuNa, foi fundamental para a consolidação do movimento no Brasil. A chamada “Conferência de Fortaleza” contou com apoio do governo do Estado do Ceará e assumiu, de acordo com Tornquist (2004), um caráter cosmopolita, com a presença de diversos palestrantes internacionais, dentre eles o

---

<sup>50</sup> Carneiro (2011) chama a atenção para a particularidade dessa forma de ativismo, que diverge do movimento social nos moldes tradicionais, em termos de organização e representatividade. Nesse sentido, a atuação das mulheres “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 comum” (Carneiro, 2011: 17).

médico francês Michel Odent, a antropóloga americana Robbie Davis-Floyd, a parteira americana Ina May Gaskin e o ex-coordenador do setor Materno-Infantil da OMS, Marsden Wagner.

A expectativa inicial era de haver mil participantes, número que quase dobrou com as inscrições feitas no primeiro dia da conferência, chegando a 1800 pessoas, de 26 países diferentes (Rattner et al. 2010). Além da ReHuNa, também participaram da organização do evento a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) e a Agência Japonesa de Cooperação Internacional (JICA), dentre outras organizações, tendo resultado do encontro a criação da Rede Latino-Americana e Caribenha pela Humanização do Parto e do Nascimento (Relacahupan).

O formato do evento era basicamente científico – com mesas redondas, conferências, palestras e oficinas – e o público composto majoritariamente por enfermeiras obstetras que, como se verá a seguir, se converteram em personagem central do projeto de disseminação das práticas “humanizadas”.

### **2.3.3. Institucionalização do projeto**

Como referido anteriormente, uma importante diferença entre o movimento pelo parto “natural”, na década de 1980, e o da “humanização”, que se seguiu a este e englobou a maior parte de seus preceitos, refere-se à preocupação com a saúde coletiva, resultado da significativa participação na ReHuNa de médicos sanitaristas e assalariados, que atuam no sistema público de saúde ou em ONGs. Noutras palavras, não havia nos anos 1980, ou era ainda incipiente – sendo um exemplo o trabalho desenvolvido pelo médico Galba de Araújo, em Fortaleza –, uma proposta de disseminação mais ampla do projeto, a partir de sua incorporação ao sistema público de saúde. Por outro lado, esse tem sido um ponto caro ao atual movimento pela “humanização” do parto e do nascimento.

Tornquist (2007) e Costa (2009) destacam que, após a ditadura, diversos movimentos sociais passaram a apresentar propostas, formulando políticas públicas de uma forma participativa, prática que veio a tornar-se comum nos anos 1990, ocasião em que muitos movimentos profissionalizaram sua atuação

militante e passaram a atuar como “parceiros” do Ministério da Saúde. De fato, esse parece ter sido o caminho percorrido pela ReHuNa, que, desde 2002, tem prestado assessoria ao Ministério da Saúde em determinados programas e atuado como parceira em iniciativas relacionadas ao tema da “humanização”<sup>51</sup>. É importante destacar que, paralelamente, de forma individual, vários membros da Rede também passaram a ter acesso às instâncias governamentais – como consultores ou integrando seus quadros oficiais –, vindo a contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas comprometidas com o ideário.

Já na década de 1990, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), à época coordenada por um grupo de feministas, destacou-se por ser a primeira a integrar em suas políticas de saúde projetos concretos de “humanização”, como observam Rattner et al. (2010). O principal deles foi a reabertura, em 1994, da Maternidade Leila Diniz, local onde as parturientes, assistidas por enfermeiras obstetras, tinham direito a acompanhante, possibilidade de escolha de posição de parto, podiam fazer uso de banheira para alívio da dor, etc.

Considerado pelos ativistas um marco em termos de política pública, o Prêmio Galba de Araújo, criado em 1998, vem sendo concedido a maternidades e hospitais que aderem às recomendações para o parto da OMS e mantêm controladas as taxas de cesárea. O prêmio é concedido em nível estadual, regional e nacional e tem contribuído para conferir legitimidade ao modelo “humanizado” (Diniz, 2005).

Data também do final dos anos 1990, mais precisamente de agosto de 1999, a portaria número 985<sup>52</sup>, do Ministério da Saúde, que institui os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais centros, de acordo com a legislação, podem ser intra-hospitalar ou funcionar como uma unidade autônoma, isto é, sem estar fisicamente vinculado a um hospital ou maternidade – como é o caso da casa de parto onde foi realizada parte da pesquisa de campo. A portaria abriu caminho para que a parturiente considerada de “baixo

---

<sup>51</sup> Para informações detalhadas, ver: Rattner et al. (2010).

<sup>52</sup> Portaria GM/MS 985: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>

risco” pudesse ser atendida por enfermeiras obstetras, o que era uma das bandeiras da ReHuNa.

Vale destacar que o modelo de assistência ao parto proposto com a criação dos CPNs (e incentivado pelo movimento pela “humanização”) encontra inspiração em países europeus – como é o caso da Inglaterra, Holanda, Suécia, Alemanha e França – e também no Japão, como indica Rattner (2009). A autora informa que nesses países,

“além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou em ambulatórios<sup>53</sup>, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações (...). Nesse modelo, a profissional de eleição é a parteira (*midwife, sage-femme, hebamme*), responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para instituição com condições de atender”. (Rattner, 2009: 600).

Assim, a “classificação de risco” da gestante é que determina quem será o profissional que lhe prestará atendimento, ficando reservados aos médicos obstetras os casos que inspiram mais cuidados e às parteiras (ou seu equivalente) as situações de “baixo risco”. Na maioria desses países, a mulher que é saudável e não apresenta complicações ao longo da gravidez pode optar por dar à luz em uma casa de parto, sendo atendida exclusivamente por parteiras. Esse modelo também vem sendo implementado nos EUA, desde a década de 1970, como uma alternativa ao parto hospitalar, geralmente mais tecnológico e medicalizado.

Tomando a realidade brasileira como pano de fundo, Maia (2008) chama a atenção para como, ao longo do século XX, a assistência ao parto foi se tornando um ato estritamente médico, com a transferência dos partos realizados no ambiente doméstico, por parteiras, para o ambiente hospitalar, sob supervisão de médicos. No momento atual, isto é, no início do século XXI, uma nova mudança pode ser observada na assistência ao parto, com a valorização da enfermeira obstetra que – como se verá no próximo capítulo – busca reivindicar o “legado” das parteiras.

---

<sup>53</sup> E, deve-se incluir, também no domicílio da parturiente. Na Holanda, onde cerca de 30% dos partos são realizados em casa, essa prática é oficialmente incentivada pelo governo (De Vries, 2004).

Maia (2008) destaca que as políticas de “humanização”, as quais passaram a legitimar a enfermeira obstetra na condução do trabalho de parto e parto sem complicações, representaram uma grande mudança no cenário da assistência ao parto no Brasil, considerando que a enfermagem foi tradicionalmente desprestigiada na relação hierárquica e desigual com a medicina<sup>54</sup>.

Com o intuito de implementar esse novo modelo de assistência, além da criação dos CPNs, o Ministério da Saúde passou a financiar cursos de capacitação e introduziu o pagamento, pelo SUS, de parto assistido por enfermeira obstetra. Tais medidas fizeram parte do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado em junho de 2000 pelo governo federal. Segundo Serruya (2003), a questão dos direitos e da cidadania aparecia como o princípio estruturador do programa, que pretendia ser um divisor de águas, adotando o paradigma da “humanização” como novo modelo de atenção. O PHPN, contudo, foi alvo de críticas dos ativistas, por supostamente ter se transformado em um instrumento de gestão, não incorporando os questionamentos relativos às intervenções médicas de rotina (Diniz, 2005).

A mais recente aposta do governo na área de “humanização” da assistência à gravidez e ao parto é o Programa Rede Cegonha, que foi lançado em março de 2011. A partir de uma série de diretrizes que buscam melhorar o acesso e a qualidade do atendimento no sistema público de saúde, o projeto prevê: oferecimento de teste rápido de gravidez em todos os postos de saúde; garantia de pelo menos seis consultas médicas, além de uma série de exames clínicos e

---

<sup>54</sup> Sobre esse aspecto, Maia (2008) afirma que, além de a enfermagem ter surgido justamente para ser uma atividade de auxílio à medicina, há uma questão de gênero fortemente presente, considerando que “enquanto a enfermagem é uma ‘profissão no feminino’, a medicina foi, por muito tempo, uma profissão no masculino, até porque as mulheres estavam proibidas de ingressar no ensino superior” (2008: 65). Até a década de 1970, por exemplo, apenas 11% dos profissionais de Medicina eram do sexo feminino. A autora chama a atenção ainda para o fato de que o *ethos* de ambas as profissões também se articula a questões de gênero, o que estaria expresso nas dualidades: medicina/qualificação e enfermagem/qualidade; medicina/tratar e enfermagem/cuidar. Nesse sentido, observa Maia (2008), “a medicina se apresenta como um corpo complexo e extenso de conhecimentos técnicos e científicos que precisa ser apreendido por meio de um longo processo de qualificação que inclui, no mínimo, a graduação universitária e a residência médica. Uma vez formado, o médico ‘tratará’ dos seus pacientes. Por sua vez, a enfermagem é vista como a transferência do trabalho feminino e doméstico, entendido como uma habilidade ‘natural’ para o cuidado, para o espaço hospitalar (...). À enfermeira basta ter as qualidades femininas para ‘cuidar’ dos seus pacientes” (2008: 65). O estudo de Menezes (2004) também aponta para a feminilização da área de Cuidados Paliativos, que seria o equivalente a uma proposta de “humanização da morte”.

laboratoriais; garantia de vínculo e leito, desde o pré-natal, à maternidade onde será realizado o parto; auxílio financeiro para cobrir os gastos com os deslocamentos até o local das consultas de pré-natal e até a maternidade na hora do parto; qualificação dos profissionais de saúde, com vistas a torná-los aptos a prestar uma assistência “humanizada”; criação de estruturas de assistência à gravidez de alto risco, como a Casa da Gestante e a Casa do Bebê e a criação de Centros de Parto Normal intra-hospitalares, para atendimento às gestantes de baixo risco.

Além disso, o programa exige das maternidades o cumprimento do que qualifica como “boas práticas” na atenção ao parto e ao nascimento: respeito ao direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério; acesso a métodos de alívio da dor; possibilidade da mãe ficar em contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento e o incentivo à participação do pai no momento do nascimento do filho. Como é possível notar, há uma forte adesão do programa às práticas incentivadas pelo ideário da “humanização”.

Para a implementação do Rede Cegonha, que tem como objetivo geral erradicar os altos índices de mortalidade infantil e materna no país, o Ministério da Saúde prevê disponibilizar 9,4 bilhões de reais aos estados e municípios até o fim de 2014. Inicialmente o foco do programa foi a Amazônia e a região Nordeste, mas também foram consideradas prioritárias as regiões metropolitanas de todo o país, onde se concentra a maior parte dos 2 milhões de gestantes atendidas anualmente pelo SUS.

Em recente artigo, Carneiro (2013) buscou problematizar algumas questões, como a orientação, eficácia e limites do programa, tomando como ponto de partida as impressões, anseios e insatisfações de mulheres adeptas do parto “humanizado”, em especial aquelas provenientes de camadas médias, as quais pesquisou em sua tese de doutoramento. Nesse sentido, a autora chamou a atenção para o incômodo dessas mulheres com a padronização e despersonalização do atendimento hospitalar, o que as levou a valorizar a proposta de “humanização” justamente pela possibilidade de a equipe de saúde levar em conta seus desejos, crenças e trajetórias pessoais. Dito isso, Carneiro (2013) atenta para o fato de que

o governo, ao adotar uma política nacional para a assistência ao parto e ao nascimento, corre o risco de solapar essas diferenças, desrespeitando um importante preceito da proposta de “humanização”, ao menos do ponto de vista das mulheres de camadas médias que a ela aderiram.

“[S]e o Rede Cegonha vem como defesa da cidadania, direitos fundamentais consignados na Constituição Federal de 1988, exercício e segurança do parto cidadão; as envolvidas com a crítica do modelo obstétrico vigente na rede privada e, também, pública, por outro lado, trazem à tona a possibilidade de despersonalização das parturientes no sistema de atenção, alertando para os riscos de uma política que se pretende nacional e cujas conseqüências poderiam ser o privilégio da igualdade com o preço de pouca atenção às diferenças e ao desejo de singularidade” (Carneiro, 2013: 54).

Segundo a autora, para se pensar sobre o direito universal à saúde, deve-se refletir também sobre as crenças, habitat, raça e etnia, não desprezando as diferenças existentes entre as mulheres. As observações de Carneiro (2013), deve-se destacar, estão em sintonia com os questionamentos levantados por alguns médicos, já na década de 1980, quanto à possibilidade de se implementarem, em especial nos hospitais públicos, práticas que atentassem para as idiossincrasias de cada mulher (Salem, 2007). Sem dúvida, o dilema de conciliar o particular ao universal se impõe como um grande desafio à meta de disseminação do projeto de “humanização” do parto e do nascimento.

#### **2.3.4. Mulher(es)**

Como já se procurou apontar, com a incorporação da proposta pelo sistema público de saúde, mulheres de camadas populares, que representam a maior parte das usuárias do SUS, passaram a ter acesso ao parto “natural” e “humanizado”, antes acessível apenas àquelas que integravam os segmentos médios e altos da sociedade brasileira. Diante dessa realidade, considerou-se relevante analisar de que maneira essas mulheres, bem como aquelas provenientes de camadas médias, recebem e atualizam a proposta de parto “natural” e “humanizado”, levando em conta que, enquanto em décadas anteriores a tendência era a de universalizar as mulheres e suas experiências, mais recentemente a ênfase dos estudos de gênero tem recaído sobre as diferenças que podem ser mapeadas entre elas.

Com efeito, a existência de uma categoria universal “mulher” tem sido questionada no interior do pensamento feminista, não apenas no Brasil, mas internacionalmente, tendo o feminismo negro, nos Estados Unidos, dado o pontapé inicial nesse debate. Bairros (1995) observa que a discussão não apenas sobre a categoria “mulher”, mas também sobre as de “experiência” e “política pessoal”, até então pensadas como chaves para compreender o que unia as mulheres sob a égide do feminismo, foi levantada por escritoras negras americanas, para quem a perspectiva feminista prescindia de uma identidade comum para todas.

No esteio das críticas levantadas pelo feminismo negro, surgiram diversas correntes que passaram a reivindicar o reconhecimento da pluralidade e das diferenças entre as mulheres, dentre as quais situam-se, por exemplo, as lésbicas, campesinas e indígenas. Estas colocavam em xeque um feminismo que se pretendia igualitário, mas que na prática vocalizava as demandas das mulheres brancas, heterossexuais, provenientes de camadas médias, e demonstrava pouca sensibilidade à heterogeneidade das experiências que a categoria mulher poderia supor.

De acordo com Bairros (1995), o feminismo negro, bem como outras correntes críticas que seguiram seus passos, podem ser considerados expressões da teoria do ponto de vista (*standpoint view*), segundo a qual a experiência de ser mulher se dá de forma social e historicamente determinadas. Noutras palavras, essa teoria sugere que a experiência é permeada pelo gênero, mas também pela raça, orientação sexual, classe social, dentre outros marcadores analíticos, que interceptam-se de diferentes maneiras, reconfigurando-se mutuamente e formando um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade.

Para Brah (2006), a afirmação de que “mulher” não é uma categoria unitária não significa dizer, por outro lado, que a própria categoria careça de sentido, mas que este seria constituído dentro e através de configurações historicamente específicas de relações de gênero. Na visão da autora,

“[O signo mulher] assume significados específicos em discursos de diferentes ‘feminilidades’ onde vem a simbolizar trajetórias, circunstâncias materiais e experiências culturais históricas particulares. Diferença nesse sentido é uma diferença de condições sociais” (2006: 341).

Carneiro (2013), ao tratar do tema, chama a atenção para como o movimento de pulverização da categoria “mulher” teria dado lugar, na década de 1990, não apenas ao reconhecimento das diferenças, mas à valorização da subjetividade: “Da identidade ter-se-ia passado a tematizar mais a ideia de subjetividade, em nome de uma maior fluidez e na tentativa de fuga das identidades fixas, rígidas e estanques” (2013: 55).

A partir do exposto, o presente estudo toma como premissa a pluralidade que a categoria “mulher” comporta e, dessa forma, busca analisar como parturientes de diferentes camadas sociais<sup>55</sup> significam a experiência de parto “natural” “humanizado”. A perspectiva adotada é de que a classe interfere na forma como os sujeitos enxergam o mundo, isto é, define o ponto de vista de onde partem. Nesse sentido, é importante esclarecer que a investigação aqui proposta faz um recorte a partir das classes sociais, porém filia-se aos estudos – como os de Heilborn (2004), Duarte e Gomes (2010), Fonseca (2000), Sarti (2011), dentre outros – que adotam a esfera simbólica como explicativa da lógica desses grupos. Dessa forma, a análise acerca das diferenças de comportamento e de visão de mundo das mulheres etnografadas não privilegiará a dimensão das diferenças de ordem material, notadamente marcante nos estudos que focalizam a questão da estratificação social.

Outra importante ressalva a ser feita diz respeito ao fato de que o interesse pela dimensão simbólica e pelos significados atribuídos ao parto por mulheres de diferentes camadas sociais, não deve, contudo, redundar em uma total desqualificação da dimensão encarnada e material dessa experiência que é, inegavelmente, corporal.

Como bem observou Jones (2012), ainda que o parto seja inteiramente permeado pela cultura, sofrendo enormes variações de acordo com o contexto no

---

<sup>55</sup> Sobre essa questão, é fundamental reconhecer, como o fez Brah (2006), que mesmo uma categoria individual, como “mulheres de camadas populares”, por exemplo, tampouco é internamente homogênea, uma vez que “compreende grupos muito diferentes de pessoas tanto dentro quanto entre diferentes formações sociais” (Brah, 2006: 341).

qual a parturiente está inserida, não se deve perder de vista que trata-se de uma experiência que é também, e ao mesmo tempo, conformada pelo próprio corpo. Segundo a autora, privilegiar apenas o aspecto discursivo da experiência significa conceber a relação entre natureza e cultura como oposta e dicotômica, em vez de compreendê-la como permeável e interconectada, como sugere a definição de experiência tal qual formulada pela autora: “as a product of the entanglement of both nature and culture. On this basis, it is not possible, in principle, to cleanly distinguish the role of nature from culture in the constitution of experience” (Jones, 2012: 111).

Dito isso, o esforço empreendido nesse estudo será no sentido de tentar contemplar as dimensões simbólica e carnal que, inextricavelmente conectadas, permeiam as experiências femininas de parturição. No próximo capítulo, se buscará abordar como a proposta de parto “natural” e “humanizado” é recebida e vivida por mulheres de camadas populares, a partir de uma pesquisa realizada em uma casa de parto pública no Rio de Janeiro. Como se verá a seguir, a CP assume importante papel na divulgação dessa proposta entre sua clientela, tendo em vista a menor permeabilidade das gestantes provenientes desse segmento ao projeto, que disseminou-se inicial e principalmente nas camadas médias.