

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

FERNANDA LACERDA DUARTE

**Identities e empoderamento:** Grupo Maternati e a humanização do parto na cidade de Maringá

Maringá  
2015

FERNANDA LACERDA DUARTE

**Identidades e empoderamento: Grupo Maternati e a humanização do parto na cidade de Maringá**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Sociedade e Políticas Públicas.

Linha de Pesquisa: Sociedade e Práticas Culturais

Orientadora: Profa. Dra. Zuleika de Paula Bueno

Maringá  
2015

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo à professora e orientadora Zuleika que, de forma gentil e estratégica, trouxe para o meu horizonte de pesquisa o tema deste trabalho. Ela, furtiva e espontaneamente, suscitou reflexões que já estavam latentes em mim, mas que necessitavam de tempo e amadurecimento para serem transformadas em trabalho acadêmico. O seu estímulo para a realização desta pesquisa foi fundamental.

Agradeço à minha mãe, por sempre amparar minhas escolhas e por encorajar o meu retorno aos estudos. A força do seu pensamento não me deixava perder de vista minhas indagações e objetivos.

Agradeço aos meus filhos por darem sentido à minha vida e às minhas experiências pessoais e profissionais. Foram eles que, de chegada, possibilitaram o reencontro com as minhas memórias, desencadeando uma permanente reflexão como mulher e como mãe.

Deixo ainda os meus agradecimentos ao Luiz, marido, companheiro e amigo de todas as horas; sem a sua parceria, minha trajetória acadêmica seria bastante difícil e solitária.

Agradeço, em especial, a todas as participantes deste estudo, que me ofereceram o seu tempo e as suas casas para a realização das entrevistas. Elas dividiram comigo suas histórias, intimidades, emoções e as suas visões sobre o parto humanizado, em específico, suas próprias experiências de parto e maternidade. No Grupo Maternati, passamos por momentos agradáveis, de intensas discussões, trocas e diálogos. Por isso dedico sinceros agradecimentos às *doulas* que organizam o Grupo, por me receberem de braços abertos durante todo o processo deste trabalho e compartilharem sempre os seus conhecimentos, valores e ideais. Todas elas, além disso, me presentearam com suas amizades.

Meus sinceros agradecimentos a todos os professores que me ajudaram a retomar a formação em Ciências Sociais, estimulando, em cada conversa, o aumento da minha dedicação a este trabalho. Agradeço, em particular, às professoras Marivânia, Simone, Wânia e Eliane, que contribuíram com os seus conhecimentos e com a leitura dos meus textos.

Agradeço também aos meus amigos, que compartilharam comigo momentos de alegria e descanso durante todo o tempo desse trabalho.

Por fim, agradeço ao programa de pós-graduação da Universidade Estadual de Maringá e à CAPES pelo financiamento da pesquisa sob a forma de bolsa de estudos.

## **Identities e empoderamento: Grupo Maternati e a humanização do parto na cidade de Maringá**

### **RESUMO**

O ponto de partida deste trabalho são as práticas, as experiências e os discursos das participantes do Maternati, grupo que reúne mulheres interessadas em alcançar o parto humanizado na cidade de Maringá. Declarando a preferência pelo parto natural, o Grupo propõe em seus encontros uma discussão coerente com os temas e os valores anunciados por vanguardas obstétricas e posteriormente reiterados no movimento pela humanização do parto e do nascimento. Essa rede de profissionais e mulheres discute, desde a década de 1990, a legitimidade e os resultados da medicalização do parto e do corpo feminino. Com o discurso de que o parto não é somente um ato médico, as participantes do Maternati realizam uma crítica ao modelo de atenção obstétrica atual, o qual despersonaliza a mulher, impõe rotinas padronizadas de intervenção no trabalho de parto e apresenta como dados naturais a ideia de risco, medo e dor relacionados ao parto. Para questionar e ressignificar tais práticas, essas mulheres articulam múltiplos discursos que, uma vez construídos, fortalecem suas identidades, tanto em âmbito individual quanto coletivo, principalmente em suas relações dentro do Grupo Maternati, mas não restritas a ele. Dentre eles, percebemos narrativas feministas de autonomia, liberdade e posse do corpo pela mulher, uma influência direta dos movimentos feministas sobre os valores da humanização do parto e conseqüentemente no Grupo Maternati. O discurso do empoderamento é central nos relatos das mulheres; procuramos, por isso, percorrer os seus caminhos teóricos e as suas limitações práticas. Entre as adeptas do parto humanizado há também uma importante identificação com a “natureza” e com práticas consideradas “mais naturais”. Nossa hipótese é que o discurso simbólico da natureza em relação ao parto pretende ser uma alternativa aos discursos hegemônicos da assistência obstétrica, que consideram o parto um fenômeno perigoso e propenso à doença. Para legitimar suas escolhas, o Grupo também dialoga com vertentes críticas da medicina convencional, a fim de evidenciar o seu caráter tecnocrático e intervencionista. Nesse sentido, não deixamos de destacar o trabalho das *doulas*: principais mediadoras entre os ideais da humanização e as mulheres interessadas no parto humanizado, são elas as principais responsáveis pela formação de grupos como o Maternati e pela contribuição à construção de diferentes identidades a partir do parto humanizado.

**Palavras-chave:** parto humanizado; identidades; gênero; empoderamento.

## **IDENTITIES AND EMPOWERMENT: Grupo Maternati and humanized childbirth in Maringá city**

### **ABSTRACT**

The starting point for this work is the practice, the experience and the discourse of the members of Maternati group that gathers women interested in reaching humanized childbirth in Maringá city. Declaring their preference for natural labour the group states in their meetings a discussion that coherent with the themes and values announced by obstetrics vanguards and lately reiterated by the humanization movement for birth. That network including professionals and women discusses since the nineties the legitimacy and the results of excessive medicalization of childbirth and the feminine body. With the discourse that labour is not only a medical act the participants of Maternati group are critical to the present model which depersonalizes woman, imposes standardized routines to intervene in the labour birth and presents as a given idea risk, fear and pain related to childbirth. To question and give a new meaning to such a practice those women articulate multiple discourses that strengthen their identities. Among them we perceive feminist proposals of autonomy, liberty and body possession by woman, as a result of feminist movement on values about humanized childbirth and consequently on the group. The empowerment speech is the core of women's reports, that is why we go along its theoretical ways and practical limitations. Women who are involved in humanized labour identify themselves very seriously with nature or "natural procedures". In opposition to modern rational sight in these groups the concept of nature has elements which add value to it. Our hypothesis stands that the symbolic discourse of nature in relation to labour intends to be an alternative to the prevailing system that considers childbirth a dangerous pathological phenomenon. To legitimize their choices the group dialogues with critical currents in conventional medicine to denounce its technocratic and interventionist nature. In this sense we also emphasize *doula's* work: who are main mediators between the ideals of humanization and women interested in childbirth because they are responsible ones for the formation of groups like Maternati and their contribution to build different identities starting from this project.

**Keywords:** humanized childbirth; identities; gender; empowerment.

## SUMÁRIO

|   |              |
|---|--------------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>p.08</b>  |
| a) A metodologia, o encontro etnográfico e o Grupo Maternati.....   | <b>p.17</b>  |
| b) As interlocutoras e os materiais utilizados na pesquisa.....   | <b>p.25</b>  |
| <b>CAPÍTULO I: Trajetórias das redes de humanização do parto.....</b>   | <b>p.33</b>  |
| 1.1 As primeiras reivindicações no campo da saúde das mulheres: a importância dos movimentos feministas.....                            | <b>p.33</b>  |
| 1.2 O feminismo e a maternidade: um breve histórico.....  | <b>p.39</b>  |
| 1.3 As identidades do movimento de humanização do parto.....  | <b>p.48</b>  |
| 1.4 Rehuna: marco histórico, negociações de sentido e proposições.....  | <b>p.53</b>  |
| 1.5 A multiplicação das redes: os exemplos das Amigas do parto (2001) e da Parto do Princípio (2005).....                               | <b>p.57</b>  |
| 1.6 Grupo Maternati: Maringá e o movimento de humanização do parto.....   | <b>p.66</b>  |
| <b>CAPÍTULO II. Identidades e empoderamento.....</b>  | <b>p.83</b>  |
| 2.1 As múltiplas construções das identidades contemporâneas.....  | <b>p.84</b>  |
| 2.2 Sentidos teóricos do termo empoderamento: discursos da sociologia, do feminismo e do projeto de promoção à saúde.....               | <b>p.91</b>  |
| 2.3 O empoderamento no projeto do parto humanizado: Grupo Maternati.....  | <b>p.108</b> |
| 2.4 Limites do empoderamento.....   | <b>p.126</b> |
| <b>CAPÍTULO III. Desdobramentos identitários do Grupo Maternati: discursos e escolhas relacionadas ao parto humanizado.....</b>         | <b>p.129</b> |
| 3.1 As mulheres e os médicos: conflito entre saber e poder.....   | <b>p.130</b> |
| 3.2 Os elementos culturais no discurso sobre o natural: vivência das participantes do Grupo Maternati.....                              | <b>p.144</b> |
| 3.3 A identificação com o trabalho educacional das <i>doulas</i> : articulações e afastamentos com relação a um discurso feminista..... | <b>p.158</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>p.169</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>p.175</b> |
| <b>REFERÊNCIAS AUDIOVISUAIS.....</b>  | <b>p.182</b> |

## INTRODUÇÃO

Em uma época como a nossa, em que os recursos tecnológicos são amplamente exaltados e exacerbados, algumas mulheres organizam-se e questionam o uso indiscriminado das tecnologias na realização de seus partos. Essa recusa nos remete aos muitos sentidos atribuídos à expressão “humanização do parto” – definições apresentadas pela médica, pesquisadora e professora Diniz (2001)<sup>1</sup> em sua tese de doutoramento. Dentre outras facetas, este estudo problematiza uma assistência obstétrica que ao utilizar diversas tecnologias durante o parto produz um paradoxo: por um lado, o empobrecimento das relações humanas e, por outro, a não redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Em seu mapeamento do termo humanização, a pesquisadora criou uma tipologia com categorias que problematizam diversos motes, partindo dos aspectos científicos do exercício da medicina e da assistência obstétrica baseada em direitos de cidadania, passando pelas relações de poder existentes institucionalmente e chegando até a legitimidade das decisões femininas sobre a sua saúde. Além disso, pontua o fato de que a assistência obstétrica, tal como está organizada, oculta estrategicamente a dimensão sexual do parir e camufla possíveis violências de gênero, já que naturaliza práticas médicas questionadas por vertentes científicas legítimas internacionalmente e amparadas pela Medicina Baseada em Evidências<sup>2</sup> (MBE).

De forma geral, o modelo humanizado de assistência ao parto opõe-se a uma visão racional moderna em que o corpo deva funcionar com a eficácia de uma máquina e que os nascimentos precisam ser controlados como a um processo de linha de produção: massificado, fragmentado e exterior ao indivíduo. Almeja, portanto, frear tais ações dotando-as de significados individuais e que expressem os valores de cada mulher, identificando-a como um sujeito participativo. Esse modelo também prevê, entre os seus significados, que segurança não é sinônimo de intervenção tecnológica e que nascimentos saudáveis garantem a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher (Diniz, 2005).

Com base nos materiais recolhidos por essa pesquisa, entendemos que as acepções acima recortadas são fortemente ilustrativas dos debates difundidos pelo Grupo Maternati –

---

<sup>1</sup> Integrante do Coletivo feminista Sexualidade e Saúde, Diniz, desde a década de 1980, atua na promoção da saúde através do atendimento direto, da pesquisa, da capacitação de recursos humanos e do desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde da mulher. Desde então, a pesquisadora esteve envolvida com a formulação de programas de saúde pública ligados aos temas dos direitos sexuais e reprodutivos, parto humanizado, gênero, saúde materno-infantil e saúde pública baseada em evidências científicas.

<sup>2</sup> A Medicina Baseada em Evidências é uma importante vertente da medicina que formaliza uma crítica aos saberes e práticas vigentes. Sua proposta é que sejam realizados sistemáticos estudos que certifiquem a eficácia dos resultados de cada tratamento ou intervenção médica, a fim de separar as práticas “tradicionais” (e que foram naturalizadas historicamente), das consideradas realmente benéficas e necessárias.

nosso foco de análise. Os assuntos destacados por Diniz (2001; 2005), também foram discutidos no decorrer dos encontros desse Grupo, muitas vezes, não de forma completamente explícita, mas dissimulados por falas reveladoras de forte desconforto e inibição, até mesmo fragilidade na relação que tiveram com os médicos e familiares, assim como em relação às experiências já vividas de gestação e parto, em que o resgate da memória reconstruía um universo de dúvida e engano no que diz respeito à assistência obstétrica recebida.

Conjuntamente ao discurso que aspira a um maior controle dos recursos tecnológicos, o Grupo Maternati valoriza uma “inteligência da fisiologia corporal” que para manifestar-se necessita ser construída e internalizada. As reflexões sobre a fisiologia como um processo natural passam, nessas falas, por um filtro cultural que positivizam o ato de parir tornando-o um verbo de ação nas conversas do Grupo. Assim, todos os discursos sobre as capacidades do corpo durante o parto são construções culturais marcadas por uma composição de elementos: técnicos, científicos, “naturais”, de gênero, de direitos, etc., que visam ressignificar conteúdos culturais considerados dominantes, como a ideia de parto como sofrimento.

Para as interessadas em participar dos encontros, o Maternati apresenta a humanização do parto como uma relação social que propicia a escolha “consciente e informada”, atrelando essa decisão a uma declarada preferência pelo parto natural ou fisiológico<sup>3</sup> e alinhado à Medicina Baseada em Evidências (Notas de trabalho de campo, setembro de 2013). Nesse sentido, a tecnologia tem um lugar bem definido no momento do parto: cabe aos recursos técnicos solucionar questões específicas em momentos decisivos, situações insolúveis naturalmente e que proporcionem riscos comprovados à mãe ou ao bebê. Isso porque o parto é visto como detentor de uma “eficácia natural”, que necessita ser protegida e revisitada a cada parto.

Nesse discurso, a “natureza” do parto está também vinculada a uma experiência de autonomia e poder. Esse desejo de empoderamento, para além de uma construção intencional e consciente, dialoga com outras representações sociais e de gênero, manifestando-se como um sentimento de superação e confiança nas mulheres e em seus corpos. Esse sentimento se

---

<sup>3</sup> O parto fisiológico possui aqui o mesmo significado atribuído ao parto natural, ou seja, aquele que acontece motivado por ações involuntárias no qual o próprio corpo ao produzir diferentes tipos de hormônios como as ocitocinas, as endorfinas, prolactinas, entre outros, inicia o processo de trabalho de parto. Este, por sua vez, aliando-se aos movimentos do bebê e transmitindo os hormônios a ele, se desenrolará “naturalmente” afinando o cólo do útero e dilatando-o até que ocorra a passagem do bebê pela vagina da mulher. A menção ao parto fisiológico era muitas vezes vinculada a visão destacada pelo obstetra Odent no livro: *A gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado*, editora TAO, 1982, muito mencionado e resenhado por expoentes do movimento de humanização do parto. Destacamos que, mesmo o parto chamado fisiológico é uma construção cultural porque é pensado e elaborado em oposição a uma assistência vista como medicalizada e que historicamente retirou a espontaneidade dos partos, ou antecipando-os via cirurgia, ou controlando-o através das intervenções.



configura, entre outras formas, pelo acesso a conhecimentos (históricos, científicos, práticos), pela reflexão e pela tomada de decisões (em grupo), inclusive considerando os riscos que se assume quando se faz escolhas.

Com relação as posições do Grupo Maternati, suas críticas se baseiam no argumento de que o sistema cultural brasileiro, no qual o parto está inserido, hipervaloriza os riscos e organiza toda a assistência obstétrica tendo esse sentimento como eixo principal. O empoderamento das mulheres, nesse caso, é o processo pelo qual é retirado o foco do medo, do risco e das resoluções tecnológicas, colocando-o na saúde e nas potencialidades do corpo feminino ao dotá-lo de força e poder para realizar o parto.

Reforça, assim, a necessidade de preparação para o parto natural e a dimensão psicológica do Grupo Maternati e de suas participantes. Segundo Velho (2013, p.64), em sociedades onde há o predomínio das ideologias individualistas, a trajetória individual passa a ter um sentido fundamental, não só contido na sociedade, mas também constituidor dela. Esse indivíduo psicológico, como denomina o autor, passa a ser um centralizador de experiências; sua memória, sentimentos e desejos acentuam uma importante “singularidade enquanto indivíduo”.

No Maternati, a singularidade de cada experiência também é vista como um valor importante. Vimos, durante os encontros, diversas manifestações que reforçam essa ideia: “cada história é única”, “cada parto é um parto”, “mesmo tendo conhecimentos nos orientando, nunca conseguiremos prever a experiência real de um parto” (Notas de trabalho de campo, março/novembro de 2014).

A busca pela experiência singular, fato que representa tanto a agência individual como os projetos construídos a partir de escolhas planejadas, remete-nos ao significado das identidades na contemporaneidade, inclusive àquelas relacionadas aos posicionamentos de gênero. Ainda segundo Velho (2013, p.65), o caminho da constituição identitária unifica “visões retrospectivas e prospectivas que situam o indivíduo, suas motivações e o significado de suas ações dentro de uma conjuntura de vida”.

O parto humanizado, nesse sentido, é um elemento fundamental para a ressignificação da experiência corporal das mulheres com relação aos discursos médicos, que mapearam e institucionalizaram os nascimentos ao longo das décadas; cumpre também o papel de crítico das imagens de mulher e de mãe que foram ao longo dos tempos construídos e reafirmados

socialmente, entre eles a beatificação das mães e os atributos de fragilidade, debilidade e doença ligados ao corpo da mulher<sup>4</sup>.

Assim, o parto reinsere-se culturalmente como um fenômeno dotado de potência fortalecedora para as mulheres. A busca por esse “parto ideal” é incorporada aos grupos de mulheres como um projeto permanentemente reelaborado que repercute em suas identidades: identidades construídas para garantir espaços de reconhecimento e de valorização na sociedade e, principalmente, de novas visões sobre suas capacidades corporais além do questionamento de práticas hegemônicas que se pretendem padronizadoras do ser mulher. “O projeto [das identidades] é o instrumento básico de negociação da realidade com outros atores, indivíduos ou coletivos. Assim ele existe, fundamentalmente, como meio de comunicação, como maneira de se expressar, articular interesses, objetivos, sentimentos, aspirações para o mundo” (Velho, 2013, p.67).

Deste modo, a elaboração consciente de projetos e de estratégias de negociação social são condições *sine qua non* na alta modernidade e, a perda de espaço do domínio tradicional somados ao jogo dialético entre o local e o global, são fatores que propiciam a escolha por um modo de vida entre uma infinidade de opções. Livrar-se de influências padronizadoras, buscando “a individualidade de cada experiência”, são características que subsidiam escolhas diárias por um estilo de vida. Cada uma dessas decisões, segundo Giddens, é importante para a constituição das narrativas identitárias. “O planejamento de vida reflexivamente organizado, que normalmente pressupõe a consideração de riscos filtrados pelo contato com o conhecimento especializado, torna-se uma característica central na estruturação da auto-identidade” (2002, p.13).

Como ordenadores de valores, das memórias e das representações construídas historicamente, os projetos de vida repercutem nas identidades; com isso, tornam-se também a matéria-prima para as escolhas dos sujeitos. Assim, podemos ver a decisão pelo parto humanizado<sup>5</sup> (a princípio um parto natural), como parte de um projeto ligado ao estilo de vida

---

<sup>4</sup> Segundo Piori (2009), “Nesse mesmo período [no Brasil colonial], além dos homens da igreja, também os médicos endossavam a ideia da inferioridade estrutural da mulher. Herdeiros das concepções antigas e tradicionais, apoiavam-se em Quintiliano, Valério Máximo, Fulgêncio e Platão para repetir que ela era possuidora de um temperamento comumente melancólico, era um ser débil, frágil, de natureza imbecil e enfermiça” (2009, p.33-34).

<sup>5</sup> Neste trabalho entendemos o parto humanizado como àquele que está vinculado a uma assistência informada pela Medicina Baseada em Evidências e pelas prerrogativas da OMS e do Ministério da Saúde. Nesse sentido, o parto se desenrolará naturalmente, sem determinações espaciais ou temporais e só receberá intervenções da assistência obstétrica em situações comprovadamente necessárias e com o consentimento da parturiente. Esse modelo também prevê a singularidade e a individualidade de cada parto e o respeito à escolha da mulher, seja durante o pré-natal, o parto ou o puerpério.

que algumas mulheres elaboram atualmente para a afirmação de identidades específicas, dentre tantas outras possibilidades.

Tais propostas evocam temas como a coragem, a força, a autonomia e o poder das mulheres, bem como, a valorização das escolhas, do feminino, do parto e do corpo. Podem, com isso, reforçar a integralidade de uma experiência considerada única e exclusiva de cada mulher: o nascimento de uma mãe e de uma criança, ambas protagonistas do fenômeno que é o nascimento.

Como diz Giddens (2002, p.80), a reflexividade da modernidade tardia e, conseqüentemente, a elaboração de projetos traz consigo uma finalidade bastante certa: a de reorganizar e alterar as práticas rotinizadas socialmente à luz de novos conhecimentos. Considerando que as cesarianas detêm os maiores índices de aceitabilidade e de incidência no Brasil, recordista mundial segundo as agências nacionais e internacionais de saúde, o movimento de humanização do parto pode ser visto como um articulador de novos modelos e propostas de assistência para as mulheres durante seus partos, inclusive evidenciando os aspectos sexuais do parir.

No país, as taxas de cesarianas somam 52% dos nascimentos (no setor privado os números são de 88%), ou seja, “quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdem a oportunidade de serem protagonistas no nascimento de seus filhos, são expostas com eles a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com a saúde” (Sumário Executivo Temático Nascer no Brasil, 2014, p.3).

Esses números podem ser explicados pelo fato de a cirurgia cesariana ser socialmente percebida como o melhor tipo de parto: rápido, asséptico e com hora marcada. Se, por um lado, a cirurgia encontra-se como uma possibilidade de escolha individual, vista como um elemento civilizador ou como um avanço tecnológico, por outro, a busca pelo parto natural, ora ligado às evidências científicas, ora atrelado ao poder da mulher, revela a complexidade desse fenômeno cultural que é o nascimento nos dias atuais.

Tal conjunto de possibilidades para as experiências do parir – o parto cesário, o parto normal hospitalar, o parto natural domiciliar, o parto na água, o parto de cócoras, o parto *Leboyer*, entre outros, demonstram as discontinuidades entre o passado e o presente, retirando um possível sentido evolucionista para a percepção dos fatos sociais.

De acordo com a pesquisa *Nascer no Brasil*, publicada pela Fiocruz<sup>6</sup> em 2014, 70% das mulheres em início gestacional escolheriam o parto normal<sup>7</sup>. No entanto, os números ligados aos setores privados mostram que somente 15% dos nascimentos acontecem por via vaginal. A pesquisa indica, considerando os números mundiais, que esse declínio na efetivação dos partos normais não pode ser explicado por complicações e intercorrências durante a gestação e o parto. Atribui, portanto, esse descompasso, à falta de diálogo e de apoio das equipes médicas e de atendimento à gestante que, no decorrer do pré-natal, induz a paciente a escolher a cesariana. A cirurgia permite um melhor controle do tempo, do espaço, do corpo e dos conhecimentos sobre o parto pelo especialista. É também a maior prova material de que o médico realmente agiu com todos os recursos tecnológicos de que dispunha, o que o protege juridicamente, além de ser mais valorizado pela sociedade.

Para a antropóloga americana Davis-Floyd (1994, p.6), os aumentos nos índices de cesárias são também o resultado de um imperativo tecnocrático ligado ao domínio da natureza em vários âmbitos. Nos nascimentos, o excessivo controle de seus “processos naturais” seria o reflexo de uma “civilização da natureza” e, conseqüentemente, da negação de raízes ligadas a domínios selvagens ou às culturas indígenas.

Por tudo isso, para além da necessidade do aprimoramento das políticas públicas vigentes no Brasil, como é o caso do programa Rede Cegonha<sup>8</sup>, coube às mulheres buscar informações sobre os aspectos culturais da assistência ao parto, a fim de, por si só mobilizarem-se e, como veremos nesta pesquisa, formarem grupos de resistência com relação às práticas normalizadoras ativas dentro dos hospitais brasileiros.

A pesquisa *Nascer no Brasil*, também atribuiu à problemática de gênero o tratamento que as mulheres recebem no interior dos hospitais durante os seus trabalhos de parto e parto,

---

<sup>6</sup> Inquérito Nacional sobre partos e nascimentos, *Nascer no Brasil – Sumário executivo temático da pesquisa*, Fiocruz, 2014. Essa pesquisa é atualmente o mais amplo estudo sobre a atenção ao parto e ao nascimento no Brasil; nele, 23.894 mulheres foram entrevistadas no pré e pós-parto, além de inúmeras maternidades públicas, privadas e mistas, contabilizando 266 hospitais de grande porte em quase 200 capitais e cidades do interior de todos os estados brasileiros.

<sup>7</sup> Utilizamos o termo parto normal como sinônimo de parto vaginal. Lembramos que este não é o mais “normal” ou comum, visto que no Brasil seus índices só têm diminuído nas últimas décadas.

<sup>8</sup> Desde 1998 o Ministério da Saúde criou um alerta sobre as altas taxas de cesarianas e com base na recomendação da OMS, incitou campanhas de conscientização e incentivo ao parto vaginal. Em 2006, realizou uma campanha nacional de incentivo ao parto normal e a redução da cesárea desnecessária, lançando, em 2008, a política nacional pelo parto natural em parceria com a agência nacional de saúde suplementar (ANS). Atualmente tem ampliado o programa Rede Cegonha, construído em grande diálogo com o movimento pela humanização do parto e sinalizado como uma importante conquista desse movimento. O programa nacional Rede Cegonha, de 2011, é uma política pública que surgiu como uma estratégia do Governo Federal para aumentar o acesso e qualificar a atenção à saúde dos envolvidos no processo gravídico-puerperal.

sugerindo que os altos números encontrados em campo, indicadores da violência obstétrica<sup>9</sup>, também são consequências de representações masculinas do parto e do alijamento das parteiras, das enfermeiras obstétricas e das obstetizas desse fenômeno.

A partir do cenário acima delineado, este trabalho pretende recuperar historicamente o surgimento do movimento de humanização do parto como um movimento social, suas bases históricas, influências internacionais, bem como a constituição brasileira, que se deu sob o olhar dos movimentos feministas. As feministas históricas<sup>10</sup>, como se autodenominam, trabalham ainda hoje com o intuito de garantir diversificados papéis sociais para as mulheres, novas representações para o corpo feminino e direitos ligados à saúde, principalmente a saúde sexual e reprodutiva, criticando as origens históricas do exercício da medicina, seus valores e princípios.

No que tange a Maringá, vislumbramos o Grupo Maternati, um grupo de mulheres que, com seus companheiros, buscam discutir a gestação, o parto e a maternidade, evidenciando a importância da preparação e do planejamento para a realização desses acontecimentos que consideram fundamentais, principalmente para uma mudança dos papéis femininos, mas que hoje incorpora também os homens, na tentativa de modificar os papéis historicamente fixados.

O Maternati é formado por profissionais que acreditam que a gestação, o parto e os primeiros meses de vida do bebê são períodos cruciais na vida da mãe, do casal e de toda a família. Por isso, a conscientização e a preparação da gestante e do casal possibilitam uma vivência mais ativa em todo esse processo tão emocionalmente intenso, de gestar, dar à luz e cuidar [...] nosso projeto tem como missão acompanhar gestantes, mães, pais e famílias, proporcionando um espaço de convivência e conscientização, que possibilite uma experiência ativa e transformadora de todo o processo. Buscamos oferecer um atendimento integrado, com apoio, acolhimento e informação, promovendo saúde desde o início da vida. Acreditamos na importância do apoio e proximidade, no respeito às escolhas de cada família, no cuidado como fundamento principal, e na transformação individual e social gerada por uma maternidade e paternidade mais ativa e consciente ([www.maternati.com.br/quemsomos](http://www.maternati.com.br/quemsomos) acesso em outubro de 2013).

---

<sup>9</sup> Categoria utilizada desde 2010 para definir os casos de violência contra as mulheres, encontrados por pesquisas nacionais, como a realizada em pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC. Os materiais mostram que uma a cada quatro mulheres, ou seja, 25% delas já sofreu algum tipo de violência física, verbal e/ou simbólica, realizadas por equipes hospitalares no momento de seus partos.

<sup>10</sup> Um exemplo da adoção de uma perspectiva feminista com relação ao parto, ouvimos da Dra. Amorim, médica que possui grande influência no movimento de humanização por sua posição contrária a prática da episiotomia. Em um debate virtual realizado na presidência da República em outubro de 2013, a médica disse: “Eu, como feminista história, não tenho dúvida de que a autonomia e o protagonismo das mulheres devem ser preservados. No entanto, temos que entender o que está por trás do pedido pela cesária, ou seja, toda uma construção social que contrapõe um modelo de parto invasivo, controlado e violento a uma cesariana, indolor, rápida e dentro de uma sala cor de rosa” ([www.orenascimentodoparto.br](http://www.orenascimentodoparto.br) acesso em outubro de 2014).

Apesar de ser bastante intenso o discurso de incorporação masculina, como podemos perceber na definição acima, observamos no decorrer dos encontros, que nem sempre os homens estiveram presentes de forma participativa durante as reuniões. Há, nesse sentido, uma heterogeneidade dentro do Grupo Maternati no que tange à participação paterna nesse processo. Enquanto algumas mulheres tinham os seus parceiros como aliados e até incentivadores da busca pelo parto humanizado, algumas ainda estavam convencendo-os a aceitar suas escolhas. Portanto, havia no Grupo tanto os “casais grávidos” (Salém, 2007), que estavam sempre unidos e uníssonos agindo de forma conjunta quanto às escolhas sobre o parto, como também mulheres em uma ação individual, que se pautavam na experiência do Grupo para fazer suas escolhas sozinhas e somente informar seus familiares ou convencer seus companheiros sobre o parto humanizado posteriormente.

Apesar de uma presença relativamente expressiva dos pais nas reuniões do Grupo, alguns tinham de ser incitados a falar ou expressar suas opiniões, o que faziam com dificuldade; já outros, eram participativos e envolvidos, fato bastante valorizado entre as participantes e mediadoras do Grupo Maternati.

Para as mulheres reunidas, o Maternati assume o papel não só de um socializador, mas também constitui um espaço para a construção de novos valores e identificações. Um lugar de aprendizagem, de trocas de conhecimentos e de outras perspectivas identitárias para as envolvidas. Elas geralmente chegam ao Grupo querendo o parto normal. Segundo pudemos perceber pelas entrevistas, somente após a “entrada” no Grupo é que as novas possibilidades para o parto começam a ser esboçadas, bem como a criação de outros processos simbólicos ligados a maternidade:

Eu tinha pra mim assim, quando eu engravidar eu vou ter parto normal porque é o natural, não tinha outra razão de ser, um nível de importância e sim porque era o que o nosso corpo estava determinado a fazer, vai nascer de parto natural porque é essa a via normal de nascimento e como eu sou meio natureba, como dizem as pessoas, vai nascer de parto normal porque é essa a via natural de nascimento. Então como eu não tenho por hábito me apoiar muito no saber médico, eu não tinha grandes expectativas... Pensar o nascimento, a via de parto como algo importante para a mãe e para o bebê, significar esse processo, esperar a hora dele nascer, do nascimento respeitoso, eu ainda não tinha pensado antes do Grupo Maternati. Antes eu era bem da ordem prática mesmo eu estou grávida, vou ter um filho, nós somos biologicamente preparadas para parir, então vou ter parto normal. Não sabia nem a diferença de ter um parto natural e um parto normal, só sabia que tinha que ser normal ou cesária, eram as informações que eu tinha. Até que uma amiga minha passou por uma cesária, com 39 semanas e 4 dias, por razão de um “suposto” eletrocardiograma que deu arritmia, aí o médico se mobilizou e fez a cesária. Só que ela ficou muito marcada por isso, pelo não parir. E quando eu fiquei grávida e fui conversar com ela, ela me indicou o Grupo. Eu comecei a participar do Grupo (Ela tinha contato com o Grupo, ela estava na discussão da internet) Daí eu comecei a frequentar o Grupo com três meses de gravidez, eu fui na roda de conversa pra saber como que era. Aí que

eu fui ter contato com a *doula* e aí me abriu o mundo, do que era de fato, o que significava um parto normal, um parto natural, a importância de se pensar esse parto, de ter uma equipe humanizada, da opção pelo parto domiciliar, fui entender de fato como que era a realidade, foi assim que eu conheci o Grupo (entrevista Lorena, realizada em 27/09/13).

Eu cheguei ao grupo meio crua, eu sabia que eu queria o parto normal, mas eu achava que era só falar pro médico, combinar tudo direitinho que ia dar certo. Aí uma amiga me falou do Maternati, do trabalho das *doulas* aqui em Maringá e eu resolvi participar do Grupo pra aprender, trocar informações e foi ali que eu vi que eu realmente precisava do Grupo né, para que a minha vontade fosse respeitada. Então o Grupo foi especial mesmo, muita coisa que eu não sabia, que as mulheres falavam mas que eu nunca tinha ouvido... Fora as *doulas*, realmente o trabalho delas é especial (entrevista Paula, realizada em 20/03/2014).

A construção dos papéis maternos são projetos ligados a visões de mundo, estilos de vida, origem social e de classe. No Grupo Maternati, o parto humanizado passa a ser um “novo” interlocutor que servirá de parâmetro para a elaboração desses diferentes papéis. Esta abertura do “campo de possibilidades circunscritas histórica e culturalmente” (Velho, 2013, p.21) é o eixo para a formulação de críticas acerca dos papéis femininos e masculinos historicamente fixados. É também o espaço de construção de um discurso crítico com relação ao modelo de assistência ao parto preponderante no Brasil e que, como nos revela o movimento de humanização do parto e o Maternati, contraria a multiplicidade de escolhas presentes na atualidade.

As experiências e as práticas de resistências vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, opostas a ideia de controle e manipulação do corpo feminino por outrem, suscitam a necessidade de superação de uma visão padronizada e mecanizada no que diz respeito ao trabalho de parto e ao parto. No interior do Grupo Maternati, vimos debates sobre a individualidade e a especificidade de cada parto, assim como, os significados que cada mulher, atriz principal de sua experiência, atribui para essas mudanças de papel na sociedade.

Tais práticas de “parir naturalmente” (Carneiro, 2011) inspiram uma reflexão sobre a necessidade de recriação e rearticulação coletiva dos modelos predominantes social e institucionalmente, considerando que a demanda feminina por mudanças não é recente, ao contrário, traz em seu bojo longas décadas de lutas e uma quantidade muito significativa de mulheres. Nesse sentido, as ações, os discursos e as experiências que lançamos luz mostram a necessidade de que, no campo dos partos e dos nascimentos, compatibilize-se também a utopia de outra abordagem técnica sobre o corpo da mulher; outra visão que abarque novos modelos de parto e cuja riqueza não se encontre apenas na esfera do risco, do medo ou da doença, mas sim, no registro da alegria, do poder e no exercício da liberdade por parte das mulheres a partir de suas próprias experiências.

Falaremos sobre as características das participantes do Grupo Maternati nos tópicos a seguir, quando abordaremos as etapas empíricas da pesquisa, ou seja, a imersão no campo pesquisado, a observação participante, a participação nos encontros, às entrevistas individuais realizadas com as integrantes do Grupo, a análise dos relatos produzidos por elas após o parto realizado e também as conversas mantidas cotidianamente por meio do grupo virtual do Maternati.

Todos os recursos metodológicos mencionados formam as bases para as reflexões e sistematizações realizadas nesse trabalho e são acionados como uma coletânea unificada de informações, de acordo com os temas propostos para discussão. Tomamos, portanto, as falas mais representativas dos valores do Grupo, aquelas que carregam os sentidos mais coletivos e que contemplam a grande maioria das integrantes do Maternati no momento da pesquisa. Respeitando o compromisso assumido pelo termo de consentimento livre e esclarecido, assinado por ambos os lados, mantivemos o sigilo dos nomes das mulheres ouvidas<sup>11</sup> que voluntariamente participaram deste trabalho.

### **A metodologia, o encontro etnográfico e o Grupo Maternati**

Para a realização deste trabalho, optamos pelo instrumental da pesquisa qualitativa, pois segundo autores como Chizzoti (2003), Minayo (2012) e Deslandes (2012), esse é o método transdisciplinar que melhor trabalha com o conjunto dos significados, dos valores e dos motivos atribuídos pelas pessoas envolvidas em seu local de ação. É um método multiparadigmático, pois foi influenciado por diversas teorias e tradições, o que faz dele uma forma rica para compreendermos o sentido dos fenômenos humanos no dinamismo de suas relações.

Além disso, o processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas e estanques sobre os fenômenos sociais. Seu processo integral, cíclico e espiralado perpassa três momentos da pesquisa que se interpenetram: a fase exploratória, o trabalho de campo e por fim a análise dos materiais empíricos e teóricos.

Valorizamos, no trabalho de campo, a observação participante, a entrevista semi-estruturada e o contato direto com o universo investigado, considerando, junto com Peirano (1995) e Silva (2000), que a pesquisa antropológica não depende somente dos recursos

---

<sup>11</sup> Embora o nome do Grupo Maternati não seja fictício, por motivo de privacidade optamos por trocar o nome de todas as participantes deste trabalho, inclusive as coordenadoras e profissionais do Grupo. Tomamos essa decisão com o intuito de evitar qualquer exposição por parte de nossas interlocutoras.



bibliográficos teóricos e de suas contextualizações sócio-históricas (filtros para a constituição do olhar antropológico), mas também da aproximação com os sujeitos em suas relações de sociabilidade e no cotidiano onde são construídas as suas reflexões, tudo isso a fim de estreitar a distância entre “o eu e o outro” (Velho, 2013, p.69).

Além dessas ponderações propriamente metodológicas, salientemos outro aspecto da pesquisa, ou seja, o “fato etnográfico”<sup>12</sup> que a perpassa. O primeiro contato com o Grupo pesquisado foi emblemático de como apesar do preparo teórico e do posicionamento como pesquisadora, tais fatos foram facilmente suplantados assim que o diálogo com o campo se estabeleceu. Como diz Peirano, “a personalidade do investigador e a sua experiência pessoal não podem ser eliminadas do trabalho etnográfico. Na verdade, elas estão engastadas, plantadas nos fatos etnográficos que são selecionados e interpretados” (2008, p.3).

A entrada no campo de pesquisa teve início com a participação nos encontros do Grupo e a manifestação da vontade de realizar um trabalho de mestrado na área de Ciências Sociais sob o enfoque da linha de pesquisa sociedade e práticas culturais. Pelo caráter das reuniões, prontamente compartilhei minha experiência com a maternidade e o fato de ser mãe de dois filhos, característica que a organizadora do Grupo tinha em comum e que gerou imediata empatia entre nós. Esse acolhimento do Grupo com relação à pesquisa foi muito estimulante e deixou marcas em todo processo, já que grande parte do material analisado é o resultado de conversas e entrevistas com as envolvidas.

As mulheres que compõem o Grupo Maternati não formam um conjunto homogêneo de interesses, valores e personalidades. Elas têm em suas buscas pelo parto humanizado, preocupações semelhantes e desejos convergentes, que, a partir das rodas de conversa e pelo curso de gestantes, criam o ambiente propício para o estabelecimento de identificações mais claras e definidas. Isso significa que os sentimentos das participantes estão sendo modificados permanentemente a cada reunião e que suas aspirações e justificativas estão em processo de construção contínua.

Por se tratar de um Grupo que enfoca as preparações para o parto e o posicionamento feminino diante deste, inevitavelmente e quase que involuntariamente, também comentei com elas sobre os meus partos. Quando me dei conta estava fazendo um relato do nascimento dos meus filhos e, conforme eu falava, a coordenadora do Grupo ia pontuando aqueles momentos

---

<sup>12</sup> Expressão criada por Evans-Pritchard para pontuar que o pesquisador não deve apenas se colocar racionalmente no campo da pesquisa (com o seu caderno de campo que anota dados precisos), mas sim deve se entregar intuitivamente aos seus interlocutores, alinhar-se aos seus valores, trocar experiências vividas e habilmente ser capaz de exercitar a alteridade. Segundo o autor, “Tudo o que desejo sublinhar é que o que se traz de um estudo de campo depende muito do que se leva para ele” (1978, p.300).

que, embora eu ainda não soubesse claramente (mas já desconfiasse), caracterizavam o modelo de assistência obstétrica hospitalar mais recorrente na atualidade, ou seja, o modelo tecnocrático<sup>13</sup>.

Todas as intervenções obstétricas a que fui submetida e que marcaram profundamente minhas experiências, causando dor e desconforto, tinham amparo na caracterização e nas reivindicações do Grupo. Empaticamente compreendi sobre o que elas estavam falando, bem como suas propostas e alternativas para o tratamento institucional dado aos partos atualmente. Por isso desde o início da pesquisa eu encontrei elementos que indicavam alguns dos sentidos da busca pelo parto humanizado estabelecida a partir do Grupo.

As informações reveladas nesse primeiro encontro, mais do que adequar o meu parto a um modelo de assistência obstétrica específica, esclareceram-me sobre questões fundamentais até então obscuras à minha compreensão. Todo o incômodo, as dúvidas e as incertezas ainda carregadas dessas experiências (e que impeliram à realização dessa pesquisa) foram, aos poucos, ganhando ares de problemas coletivos, culturais e institucionais. Deixaram, assim, de constar somente como uma experiência pessoal e de responsabilidade individual para receber também contornos históricos e políticos, o que de certa forma incitou reflexões mais amplas sobre o tema.

Após o primeiro encontro/partilha, a identificação como pesquisadora com o campo e o acolhimento deste para com a pesquisa foram estabelecidos. Com isso, permanecemos frequentando os encontros por cerca de dois anos, nos quais tivemos um contato direto e diário (virtualmente), semanal ou mensalmente, dependendo dos momentos da pesquisa. Tal mergulho no universo da humanização do parto e nas experiências dessas mulheres não se realizou sem períodos de intenso arrebatamento, que, por vezes, causaram emoção, sofrimento, alegria e solidariedade diante de depoimentos tão contundentes. Eles retratavam, por um lado, a parceria entre as mulheres do Grupo e, por outro, à dimensão sociológica, política e coletiva do que era dito, repetido, compartilhado.

Exemplos da socialização propiciada pelo Grupo foram às inúmeras experiências apontadas nos encontros, que recuperavam falas e condutas provindas dos médicos, plantonistas e enfermeiros da assistência obstétrica, de tom agressivo, proibitivo e debochado,

---

<sup>13</sup> O modelo tecnocrático foi descrito no Brasil por médicos e antropólogos ligados à humanização do parto como sendo uma assistência à saúde que privilegiou a perspectiva patológica, curativa, hospitalar e a visão do corpo como máquina. A assistência tecnocrática representa o paradigma dominante e ressalta a necessidade de controle, intervenção e medicalização do parto promovendo a massificação e a realização seriada dos partos hospitalares.

interpretadas pelas mulheres como abusos e constrangimentos que geravam insegurança, dúvida, medo e inibição:

No meu primeiro parto fui impedida de ter o meu acompanhante ao meu lado. Quando recebi o diagnóstico da cesária, apenas pude informá-lo aos meus familiares, que, muito chateados aceitaram o fato. Eu não, eu não aceitei. Me senti contrariada, triste, sozinha e com a sensação de que aquilo não precisava estar acontecendo... eu ainda não estou convencida de que a cesária foi realmente necessária. O curioso é que durante o trabalho de parto eu fiquei bastante sozinha, parecia que eu era invisível. Já quando me levaram para os preparativos da cesária eu fui tratada como uma rainha, com palavras de afeto e até carícias na cabeça, por que será? (Notas de trabalho de campo, outubro de 2013).

O meu primeiro médico disse que por causa da minha idade eu não poderia ter um parto normal. Desapontada, resolvi ouvir uma segunda opinião. O segundo disse que tudo bem, faria o parto normal. Quando eu fiz 38 semanas, durante a consulta, disse que em decorrência de um descolamento de placenta, o mais seguro era marcar a cesária. Desesperada e com medo, viajei para a cidade vizinha, para ouvir uma terceira opinião, de um médico famoso por ser humanizado (o médico anterior diante da minha recusa em marcar a cesária disse que lavaria as mãos e que eu procurasse outro médico). Após o exame de ultrassom o último médico disse que eu estava ótima e que o bebê também estava. Recomendou que eu fosse para casa e que voltasse após uma semana ou diante de sinais de trabalho de parto. No final das contas, meu filho nasceu de 41 semanas de gestação, de parto normal, quase um mês depois da data da cesária que ia ser marcada. Ele nasceu grande e muito bem! Foi inesquecível! (Notas de trabalho de campo, agosto de 2013).

A hierarquia na medicina é bastante reforçada quando tentamos conversar com os médicos e eles – que se pensam como um Deus que salva – reforçam ideias de que o parto é em si perigoso. Eu ouvi: “eu sei o que é melhor pra você, eu sei o que você pode e o que você não pode fazer”, “você não vai conseguir ter o parto normal, pra quê sofrer”, e outras falas que infantilizam a mulher. Eles (os médicos) querem controlar o parto (Entrevista Elis, realizada em 12/09/2013).

Esses relatos demonstram pontos importantes para esse trabalho: de um lado, a presença de formas de violência (simbólicas, verbais, físicas) no relacionamento das mulheres com os médicos e, de outro, o fato de o próprio saber médico ser considerado como uma forma de exercício de poder, fazendo valer a correlação entre saber e poder pensada por Foucault (1993).

(...) as mulheres percebem a presença do modelo autoritário e manipulador durante o trabalho de parto, com ênfase do atendimento às necessidades fisiológicas. Isso resulta em atendimento mecanicista e impessoal, com ausência de compreensão da necessidade que têm de compartilhar sua vivência, caracterizada como de solidão. Nesse modelo de atendimento, as mulheres são consideradas seres passivos, sem direito sobre a sua parturição, entregues aos profissionais do hospital que detêm o poder pelo seu conhecimento especializado (Armellini; Luz, 2003, p. 306).

A partir do contato com o Grupo Maternati é possível inferir que, ter acesso a um vasto e “confiável” acervo de informações, repensar antigas verdades principalmente sobre o papel da mulher diante do parto (mas também em relações de gênero mais amplas) e reelaborar “novas” percepções ou identificações, pode gerar “formas” de empoderamento, segundo o uso nativo desse conceito. Apesar de suas diferenças, podemos pensar que pertencer ao Grupo Maternati coloca essas mulheres em um patamar de igualdade “na medida em que se aliam ao movimento do parto humanizado e geram certas identidades – a de críticas do modelo obstétrico vigente” (Carneiro, 2013, p.57).

A percepção da sacralidade do parto, em parte perdida por excessivas interferências durante o seu processo e, além disso, os diversos relatos de cesarianas indesejadas e consideradas manipulações por parte dos médicos, nos deram a noção de que os padrões desses desabafos se repetiam, deixando de ser uma exceção ou uma percepção individual para tornar-se um fato social que merecia atenção.

As rodas de conversa do Maternati, de fato, vinculavam as experiências individuais, apresentadas pelas histórias femininas de partos hospitalares, a um sistema médico estruturado e legítimo socialmente, difícil de escapar e de negociar. Eram esses depoimentos, sobre dor, violência e sentimentos de terem sido enganadas, que davam o mote para a escolha dos materiais utilizados nos encontros posteriores, o que também conduzia as mulheres do Grupo a uma educação “com ares de preparação” para lidarem com a assistência obstétrica tal como é apresentada pelo modelo biomédico das instituições hospitalares.

Para as primíparas, todas essas discussões tornavam-se as novas referências com quem iriam dialogar para a escolha dos seus partos; para àquelas que estavam grávidas pela segunda vez (não encontramos no grupo mulheres com mais de dois filhos), os encontros tornavam-se espaços de desabafo, de partilha e de reflexões que intencionavam reparar ou ressignificar possíveis danos em experiências anteriores.

---

O trabalho de campo acompanhou todo o processo de mudança de Grupo Gesta para Grupo Maternati. O Grupo Gesta Maringá, referência antiga na cidade do movimento regional Gesta Paraná, foi o fundador das discussões sobre humanização do parto e sobre o trabalho das *doulas* (acompanhantes que dão suporte emocional à mulher durante o parto) na cidade de Maringá; também foi sua idealizadora quem iniciou as primeiras propostas que organizaram

uma equipe de partos domiciliares comprometida com a assistência humanizada e que através de encontros periódicos iniciou a divulgação e o compartilhamento dessas ideias com outras mulheres interessadas.

No início desta pesquisa, frequentamos pelo menos quatro encontros do Grupo Gesta e, com isso, conhecemos o trabalho de ativismo da coordenadora do Grupo, que tinha um posicionamento claro contra a cesárea eletiva (quando não é clinicamente necessária). O perfil desse Grupo era bastante militante, principalmente com relação ao modelo de assistência ao parto predominante na cidade de Maringá, ou seja, o modelo cesarista de parto.

No entanto, no período inicial desta pesquisa, a organizadora do Grupo Gesta decidiu reformular suas atividades de interesse e de atuação profissional, com isso, deixou de manter as reuniões do Gesta. O trabalho que ela havia realizado como *doula* desde 2003 por meio de atividades voluntárias no SUS e que foi vinculado em 2006 ao Grupo Gesta foi deixado de lado ao final de 2012. Desde então a educadora perinatal do Gesta passou a se dedicar a estudos acadêmicos na área da assistência social, cuidados nos primeiros anos de vida das crianças, além de outros temas como alimentação infantil e educação (Notas de trabalho de campo, setembro de 2013). Na época, ela ainda manteve a coordenação de um projeto chamado CineMaterna, no qual, sessões de cinemas eram oferecidas em salas e horários específicos para que as mães pudessem assistir filmes na companhia de seus bebês.

Em 2013 foi iniciada a “transferência” do Grupo Gesta para as mãos das profissionais que posteriormente, visando marcar uma ruptura com o trabalho anterior, fundaram o Grupo Maternati. Essas profissionais eram psicólogas e *doulas* e, nesse sentido, incorporaram ao “novo” Grupo um *ethos* mais psicológico. Esse “tom” psicológico foi transmitido por um vocabulário próprio, pelas teorias apresentadas, os temas abordados e as dinâmicas em grupo, que passaram a adentrar as reuniões. O Grupo Maternati deixou de lado o ativismo e a militância características do Grupo Gesta e adotou outras estratégias de trabalho e atuação:

Quando a *doula* não confronta, não questiona o médico ela é mais benquista nos hospitais e muitas vezes ela é admirada, é até objeto de curiosidade dos outros profissionais; todo mundo acha o máximo a *doula*. Eu pessoalmente prefiro essa postura conciliatória com o campo hospitalar porque meu objetivo é ajudar as mulheres, estar ao lado delas e mantê-las livre das intervenções mesmo que, com educação, eu tenha que driblar as enfermeiras, porque você tem pouco o que fazer ali. Meu objetivo não é lutar pelas mulheres e sim prepará-las para que elas lutem, não você chegar lá e falar por elas. Nem o médico nem ninguém gostaria de ser hostilizado no seu próprio espaço (Lívia, *doula* do Grupo Maternati, entrevista de Agosto de 2013).

Em ambos os formatos (Gesta e Maternati), o interesse e a simpatia pela execução do presente trabalho foram gratificantes. Os encontros aconteceram com muita abertura e afetividade. Isso se deu provavelmente pelo fato de termos a maternidade em comum e, já no primeiro contato com as interlocutoras dessa pesquisa, essas afinidades ampliaram o diálogo e a troca de experiências. De certa forma, estávamos “observando o familiar”<sup>14</sup> e, se por um lado o ambiente era conhecido e acolhedor, por outro, tínhamos que produzir um saber científico sobre ele.

De princípio queríamos compreender o universo de ação e a experiência dessas mulheres, entender as suas buscas, os seus discursos, intenções e a importância dessas reflexões e do Grupo para a construção de suas identidades, de mulher e de mãe. Para isso, demos especial atenção, por um lado, aos assuntos debatidos durante os encontros, suas justificativas e abordagens; por outro, ao posicionamento e resposta das mulheres diante das conversas, aos seus sentimentos de pertencimento com relação ao Grupo, ao uso das palavras, as emoções, entre outros aspectos.

Com relação às discussões que ocorriam no Grupo Maternati, pudemos observar que atravessavam temas como a gravidez, os tipos de parto, a assistência obstétrica, a amamentação prolongada e as formas de alimentação mais adequadas, naturais e saudáveis. Passavam também pelos brinquedos mais apropriados e educativos, pela prática da cama compartilhada com os bebês, pela adoção ou não do leite artificial, pela criação com apego, o uso do *sling*, das fraldas de pano (o que traz consigo um discurso ecológico de não produção de lixo), pelas formas de educar e alimentar a criança (métodos como o montessoriano e o *baby led weaning* – alimentação com autonomia foram frequentemente citados), à volta ao trabalho das mães, a participação dos pais nos assuntos domésticos, paternidade e maternidade em geral. Falavam da infância livre de consumismo, de cuidados coletivos dos bebês, dos dilemas entre maternidade e profissão, das dificuldades de ser mãe. Enfim, uma gama de tópicos foi abordada com ênfase na importância de compartilhar essas experiências e trocar informações com outras mulheres e mães.

O investimento de tempo, a dedicação, a troca e o diálogo entre as mulheres do Grupo foram pontos de proeminência durante as reuniões. Observamos a formulação de discursos

---

<sup>14</sup> Empréstimo a expressão de Gilberto Velho (2013 p.69) – que por sua vez inspirou-se em DaMatta (1978) “transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico” – para salientar que mesmo possuindo experiências de parto e maternidade estas, naturalmente, foram vividas em outras condições e contextos com relação à pesquisa em andamento. Nesse sentido, a ligação com o tema abordado exigiu da pesquisadora um cuidado ainda maior para que, na descrição dos conteúdos, não ocorresse uma sobreposição de ideias e valores. O exercício foi, como já dito, de tentar “estranhar o familiar”.

que valorizavam a maternidade e a centralidade que ela poderia assumir na vida das mulheres, tornando-se o eixo para a elaboração de novos laços de sociabilidade, novas possibilidades de estilos de vida e identificações, com desdobramentos também em outros papéis sociais.

Deste modo, temos como pressuposto a ideia de que o Grupo Maternati não propaga a maternidade como um destino feminino, lugar onde a mulher encontra seu papel e sua satisfação pessoal. Mais do que isso, podemos pensar que as mulheres que compõem esse Grupo realizam um processo de revisão engajada do parto e da maternidade, ressignificando-os continuamente a partir de escolhas e identificações que se pretendem novas e “mais conscientes”.

Tomando como modelo referências de um passado onde o parto era assunto feminino, porém, adequando-o ao momento presente, o discurso das mulheres do Maternati coloca em diálogo temas atuais como direitos de cidadania e igualdade, o imperativo tecnológico exacerbado, a valorização de um modo de vida mais “natural” e a medicalização do corpo.

Esses posicionamentos, antes de significar a aceitação voluntária de papéis vistos como de exclusividade feminina, surtem efeitos de resistência com relação aos conteúdos simbólicos e históricos do parto e da maternidade, principalmente, com relação aos saberes médicos, tanto obstétricos quanto pediátricos. Um exemplo é a seguinte máxima, bastante propagada pelo Grupo Maternati e que afirma: “a mudança na assistência ao parto somente ocorrerá através das mulheres; embora precisemos do apoio governamental e institucional, para transformar a conjuntura sociocultural que mitifica o parto, necessitamos que as mulheres se empoderem e façam valer o respeito, a autonomia e as suas vontades” (Notas de trabalho de campo, abril de 2013).

O questionamento de temas ligados à saúde coletiva, principalmente voltada às mulheres, sempre foi motivado por grupos organizados de mulheres e feministas. Hoje, muitos outros agentes integram esse processo, no entanto, quase a totalidade de iniciativas tem se caracterizado como autoritárias e manipuladoras dos corpos femininos “visando objetivos outros que não o seu bem-estar” (Ministério da saúde, 2001, p.14). Essa reflexão precisa ser considerada também a partir da rede de humanização do parto e do nascimento, para que um movimento que tem em seus princípios a escolha informada, o consentimento e a autonomia, não se torne uma imposição às mulheres sem considerar suas diferenças.

Pra quem foi na Roda de Conversa no sábado, esse foi um dos assuntos que conversamos: o momento de crise e transição do modelo obstétrico brasileiro. Sabemos qual o modelo que devemos buscar: plantões com equipes multiprofissionais, que atuem baseadas na humanização e nas evidências científicas e liberdade de escolha da mulher sobre o local onde

quer ter seu bebê. Infelizmente ainda não temos isso em Maringá (e na maior parte do Brasil), mas temos que continuar buscando (Lívia, *doula* e coordenadora do Grupo Maternati, publicado na roda virtual em Janeiro, 2015).

### **As interlocutoras e os materiais utilizados na pesquisa**

No total, realizamos dez entrevistas semi-estruturadas que foram gravadas e transcritas no dia posterior à sua realização, para que detalhes importantes não fossem obscurecidos pela memória. Com exceção de duas, as outras entrevistas foram feitas na casa das integrantes do Grupo sob a aparência de uma visita, que, em geral, durou a tarde toda, com pequenas pausas para questões práticas como cuidar do bebê ou tomar um café. As duas restantes aconteceram na sala do Maternati, por se tratar das coordenadoras do Grupo.

Todas as entrevistadas já possuíam uma experiência de parto e algumas estavam grávidas pela segunda vez, buscando com a frequência no Grupo Maternati mudanças que ficaram pendentes na primeira experiência. Entre os materiais, também realizamos uma entrevista com a enfermeira obstétrica que atende os partos domiciliares das integrantes do Grupo e que na ocasião estava preparando-se para a sua defesa de mestrado ligada à saúde da mulher.

Todas as entrevistas foram obtidas entre os meses de agosto de 2013 até março de 2014. As interlocutoras tinham entre 25 e 40 anos, possuíam pelo menos um curso superior, algumas também tinham pós-graduação (em psicologia, letras, administração, enfermagem, nutrição, matemática, etc.) e exerciam trabalhos profissionais, fixos ou esporádicos, em seus campos de estudo. Ter um curso superior, mestrado ou doutorado, uma vida profissional estável e alguma estabilidade financeira foram fatos predominantes entre as mulheres participantes do Grupo Maternati. Também pudemos perceber, a partir dos relatos e das entrevistas, que a maioria das participantes do Grupo possuía, na ocasião da pesquisa, um relacionamento estável e escolheram pelo exercício da maternidade evitando os métodos contraceptivos que utilizavam anteriormente.

Por essas características comuns, ou seja, terem curso superior, padrões econômicos, de consumo, interesses sociais, alimentares (muitas delas eram vegetarianas, veganas ou alinhadas a um ideal de alimentação mais saudável) e educacionais (principalmente ligados à maternidade), lazer (preferiam passeios ao ar livre, atividades culturais), entre outros marcadores de distinção social confluentes, podemos sugerir que as mulheres que compõem o



Grupo Maternati pertencem às camadas médias<sup>15</sup> da cidade de Maringá. O termo camadas médias foi preferido, em detrimento do conceito de classe média, visto que o primeiro nos parece mais abrangente e inclusivo de uma dimensão cultural ou de escolha por um estilo de vida.

O termo classe centra-se prioritariamente em aspectos socioeconômicos, que, embora sejam parâmetros importantes na demarcação de diferenças significativas entre os grupos, se revelam insuficientes para abordar as descontinuidades, em termos de *ethos* e visão de mundo, observáveis em um mesmo segmento (Souza, 2005, p.72).

Segundo Salém (2007, p.41), as expressões camadas médias ou segmentos médios, demonstram melhor as fronteiras entre os diferentes padrões éticos, mesmo quando os indivíduos ocupam as mesmas posições de classe. Apresenta também detalhes importantes em apropriações específicas do que é chamando tradicional e moderno em suas informações culturais, bem como a relevância desses códigos éticos para as suas conformações identitárias, papéis e visões de mundo.

Subjacente às discussões que presenciamos durante os encontros do Grupo Maternati podemos destacar os seguintes aspectos principais: o olhar crítico e o questionamento com relação aos conhecimentos da medicina, que julgam ser pautados por relações hierarquizadas e perpassadas por poderes; o confronto com relação às regras institucionais, principalmente as existentes dentro dos hospitais; a problematização da gravidez, do parto e da maternidade, bem como de seus papéis fixados historicamente e, por fim, a permanente reflexividade existente no interior do Grupo, com a qual se elaborava um olhar crítico tanto com relação às implicações coletivas e sociais que essas questões provocam, como com relação aos pontos de vista individuais construídos pela história de vida de cada mulher em particular.

As mulheres também mobilizavam variados discursos sobre o parto, que poderiam resgatar desde imagens de um passado onde mulheres se reuniam para auxiliar outras mulheres no parto (muitas vezes foi utilizada a imagem de uma mulher parindo com a parteira aos seus pés esperando o bebê sair e outra mulher, a *doula*, amparando seu corpo por trás), passando pelas histórias dos partos familiares, de suas mães, avós e tias (de forte influência ou

---

<sup>15</sup> Tal escolha não pretende ignorar as dificuldades e os problemas ligados à utilização das tradições teóricas que tratam de temas como classes, estratos, segmentos ou camadas sociais. Somente visa marcar as diferenças, o lugar social e as singularidades das mulheres que frequentam o Grupo Maternati. Para os fins desse trabalho também não consideramos o marcador de etnia fundamental. Isso porque dentro das distinções econômicas e culturais assinaladas, vimos nos encontros do Grupo Maternati mulheres brancas, negras, orientais e com ascendência indígena.

para se espelhar ou para se afastar) e chegando ao discurso do parto medicalizado, hospitalar e com foco na figura do médico.

As reflexões também remetiam as influências de práticas obstétricas e modelos adotados em outros países como, por exemplo, os Estados Unidos onde o parto é ainda visto como um processo patológico que necessita de intervenção médica, diferindo da visão europeia na qual o parto caracteriza-se como um processo fisiológico e natural. Países como Dinamarca, Holanda e Inglaterra (em 1982 foi realizada a primeira marcha do parto em casa e em favor das *midwives* ou parteiras) eram tomados como referência para a proposição de mudanças e novas perspectivas para o Brasil, que adotou o modelo americano de parto.

Mesmo hoje em dia, as práticas relativas ao parto variam muito nos diferentes países. O modelo americano é o que mais se assemelha ao brasileiro, no entanto, a taxa de cesárea nos EUA não passa dos 25% e, mesmo assim, é considerada alta. É muito raro, por exemplo, que um parto normal seja realizado numa sala de cirurgia, como é de praxe no Brasil. Já existe um nível de consciência e questionamento por parte das mulheres americanas que faz com que práticas como movimentar-se e usar o chuveiro ou a banheira para aliviar as dores durante o trabalho de parto sejam amplamente difundidas e aceitas. Países como Holanda e Inglaterra, com índices de mortalidade materna e infantil baixíssimos, ainda baseiam toda a assistência ao parto na figura da obstetrix ou parteira. Nestes países os médicos obstetras são considerados especialistas que tratam apenas de eventuais complicações e das gestações de risco. As obstetrixes cuidam do pré-natal e fazem o parto normal da grande maioria das mulheres (Prado, publicado no Site [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br), acesso em novembro de 2014).

O acesso às informações, propiciadas por pesquisas e relatos de mulheres que moravam nesses países (publicados também pelos representantes do movimento de humanização do parto e facilmente acessíveis pela internet) tornavam-se, nas reuniões do Maternati, informações valiosas e argumentos convincentes para reflexão e inspiração. Em seu artigo *O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso*, Diniz apresentou como esse processo de circulação de saberes pode ocorrer, tanto no que tange ao movimento de humanização do parto em suas apresentações sociais mais amplas, como em suas expressões locais, a exemplo do Grupo Maternati:

Com o advento da internet, as usuárias e suas famílias conhecem a realidade de outros países, onde políticas públicas promovem o parto espontâneo e centrado na mulher. Entram em contato com a literatura científica e de direitos sobre o parto (em linguagem “livre de jargão”, dirigida a usuárias), o que leva a um choque cultural frente às crenças dos profissionais de saúde. Ao se apropriarem da informação antes monopolizada pelo médico, as usuárias relativizam a autoridade do profissional, afirmam sua insatisfação com o que é oferecido, reinterpretem sua experiência, denunciam a violência a que se sentem submetidas, e reivindicam seu direito de escolha e recusa informada (Diniz, 2014, p. 217-218).

No tocante à religiosidade das mulheres do Grupo Maternati, pudemos perceber que embora a orientação espiritual não fosse um fator relevante durante os encontros (não se falava a respeito de religião nas reuniões), durante as entrevistas, quando perguntadas, muitas delas demonstraram orientar-se por valores católicos ou espíritas. Para a escolha do parto humanizado a religião não pareceu ter influência direta e não vimos as mulheres relacionarem um tema ao outro. Diferentemente, quando perguntamos sobre o posicionamento delas com relação ao aborto, muitas disseram que embora fossem a favor da regulamentação e do apoio à mulher que escolhe praticá-lo, elas próprias não fariam por motivos ligados as suas crenças espirituais.

Apesar da omissão religiosa nas discussões presenciais do grupo, quando essas mulheres manifestavam-se virtualmente, agradecendo ao Grupo ou através dos relatos de parto ou dos comentários nos *posts* virtuais, poderiam referir-se a uma força divina e, mais especialmente a Deus em suas comemorações acerca da realização do parto natural. Com relação ao apelo à figura de Deus, embora fosse mais forte o reconhecimento do próprio protagonismo, empoderamento e o empenho em buscar e atingir o parto, de forma significativa algumas mulheres remetiam-se a Deus como uma força vital e “um apoio fundamental para a realização do parto” (Notas de campo e entrevistas realizadas em 2013).

No que diz respeito à adesão das mulheres do Grupo Maternati ao sistema de saúde suplementar ou aos planos de saúde particulares para a realização do parto, entre as participantes verificamos ser bastante relevante essa aquisição para a definição das escolhas sobre o lugar do parto. Podemos descrever, tendo como horizonte os diálogos, as entrevistas e a presença nos encontros, que as mulheres que possuíam um plano de saúde particular e que, por esse motivo escolheram parir no hospital, também tiveram que pagar um acréscimo ao plano de saúde<sup>16</sup> para terem o direito a um quarto individual e, assim, a possibilidade de atingir a ideia de parto humanizado com privacidade, *doula* e os acompanhantes de sua escolha.

O apartamento individual permite que a mulher tenha seu filho no próprio quarto do hospital sem ter que se deslocar para o centro cirúrgico obstétrico ao final do trabalho de parto (Segundo as notas de trabalho de campo essa mudança de lugar pode ser muito incômoda e dolorosa por se tratar do momento final da dilatação do colo do útero, no qual a intensidade das emoções e a concentração da mulher necessitam ser preservadas). No quarto, a gestante

---

<sup>16</sup> A maioria dos planos de saúde possui um “pacote básico” que inclui uma enfermaria ou quartos coletivos para o pré-parto e o centro cirúrgico para o parto, mesmo quando ele é vaginal. Nesses casos a taxa extra é para transformar o plano com quarto coletivo para o de apartamento individual.

também pode ter uma maior liberdade de movimentação, os acompanhantes que desejam e criar um ambiente diferenciado, com músicas, massagens, alimentos, aromas, chás, entre outros. Essa modalidade de parto humanizado hospitalar, de acordo com o Grupo Maternati, não é muito facilmente acessível em Maringá. O Grupo afirma que somente um médico na cidade está disposto a não intervir<sup>17</sup> no parto e é ele quem faz a maioria dos partos das integrantes do Maternati<sup>18</sup>. Mesmo assim pudemos perceber que tal modalidade de parto (plano particular + taxa) é a mais praticada entre as participantes (o que demarca a distinção econômica das aspirantes ao parto humanizado).

Então, além do pagamento regular ao plano de saúde, para obter a privacidade de um apartamento individual era comum o médico exigir uma quantia “por fora” (com o consentimento do Conselho Federal de Medicina) para realizar com exclusividade o parto da gestante que acompanhou durante o pré-natal. Ou seja, a fim de garantir um atendimento médico exclusivo, “conhecido” e “informado” sobre o histórico gestacional dessa mulher, é necessário o pagamento de uma taxa de disponibilidade, que pode alcançar os 3.000,00 (Notas de trabalho de campo, abril de 2014). Caso contrário, o plantonista da ocasião é quem realiza o parto, assim como ocorre no SUS.

Assim, diferentemente daquelas mulheres que teriam seus partos pelo sistema público de saúde (SUS) ou que fariam seus partos planejados em domicílio, as participantes do Grupo que investiram na aquisição do plano de saúde, devem procurar as melhores condições para realizar seus partos naturais dentro do hospital. Em comum, todas elas buscam a aproximação com o projeto de parto humanizado, que contempla valores, escolhas e individualidades.

Nos casos das mulheres do Grupo que dispõem somente do SUS para a realização do parto, o atendimento é efetivado por um médico plantonista. A indicação do Grupo, nesses casos, é que as mulheres somente deem entrada no hospital em trabalho de parto avançado, para evitar qualquer intervenção desnecessária e não consentida. Também são aconselhadas a

---

<sup>17</sup> O médico em questão além de se mostrar disponível quanto ao tempo, também se mostra respeitoso com relação a duração do trabalho de parto. Ele espera as 42 semanas de gestação ou o desenvolver do trabalho e parto com a parturiente em casa nos casos de gestação de baixo risco; permite a presença da doula e do marido da mulher no parto; não aplica a ocitocina sintética rotineiramente (para acelerar as contrações); não rompe a bolsa de líquido amniótico sem o consentimento da mulher; não faz a episiotomia de rotina, entre outras condutas consideradas importantes pelas mulheres do Grupo.

<sup>18</sup> Inclusive tivemos relatos de que à margem no Grupo Maternati, sua conduta é a de um médico cesarista. Realiza, portanto, o parto humanizado não como uma conduta ética, profissional ou pessoal, mas sim, avaliando o preparo e a vontade de cada mulher. Se a mulher se preparou para o parto por meio do Grupo ele se alia a ela. Se não, ele realiza a cesárea. Quando questionado sobre esse posicionamento por uma das interlocutoras do grupo respondeu: “Eu respeito à escolha de cada mulher”.

estar munidas de seus planos de parto<sup>19</sup>, de um acompanhante, da *doula* e a dedicar uma especial atenção na negociação da “rotina padrão” para que consigam a liberdade e o direito de colocar suas escolhas e desejos em prática.

Todas as mulheres que frequentam o Maternati desejam ter um parto natural como principal objetivo e, de todas as intervenções que podem ocorrer, a cesariana é a mais temida por elas. Segundo os relatos, a experiência de parto humanizado está associada a uma vontade de superação pessoal. Mesmo as dificuldades, os problemas e as fragilidades que podem estar presentes durante o processo, são vistas como parte da intenção de ser a protagonista do parto. Apesar da ideia de que o sistema privado pode oferecer uma “melhor” assistência obstétrica às mulheres, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil* (Fiocruz, 2014) quanto mais elevado o poder aquisitivo das mulheres maior foi também às intervenções realizadas em seus partos (a principal delas foi à cesariana), deixando esse grupo social mais distante das “boas práticas” ou do “padrão ouro de assistência” tão recomendado pela OMS/MS.

Nesse sentido, é importante destacar a diferença entre o parto chamado “normal” e aquele buscado no interior do Grupo, o parto natural. O primeiro há alguns anos considerado o mais comum em termos numéricos (hoje encontramos outra realidade, ou seja, maiores índices de cesarianas) segue sendo realizado, principalmente no SUS, envolvido por um modelo tecnocrático ou pautado pela rotina de controle do tempo, do uso de procedimentos invasivos em série (efeito cascata), incluindo o corte da musculatura do períneo (episiotomia), o uso de fórceps, da manobra de *Kristeller* (pressão no alto da barriga), ruptura manual da bolsa amniótica, entre outros.

Em contraposição, o parto natural é aquele em que se respeita a fisiologia e o tempo específico de cada corpo, propiciando o ambiente necessário para que a mulher se sinta segura, tranquila e confortável para se entregar aos processos do parto e produzir os hormônios necessários à sua realização. Neste último, nenhuma intervenção é realizada sem a total participação da mulher, através do diálogo com ela e com os seus acompanhantes e pautada pelo consentimento informado em todas as ações realizadas em seu corpo. Há também, nesse caso, o apelo ao parto ativo no qual a mulher participa de forma engajada do parto movimentando-se, buscando formas não farmacológicas de alívio da dor, fazendo compressas, tomando banhos quentes, etc.

---

<sup>19</sup> O plano de parto é um documento escrito pela gestante e que expressa as suas expectativas na condução do trabalho de parto e parto pela equipe de atendimento. Contém os procedimentos que a gestante consente e àqueles que ela não aceita que realizem durante todo o processo, tais como a ruptura artificial da bolsa, o uso da ocitocina, o toque vaginal, a aplicação de medicamentos, a episiotomia, etc.

Segundo Davis-Floyd (2001, p.15-16) existem três modelos de atenção ao parto conhecidos mundialmente, embora praticados em proporções bastante desequilibradas: o modelo tecnocrático da biomedicina, o modelo humanístico ou humanizado, considerado também biopsicossocial e o último deles chamado de modelo holístico. Para a antropóloga, o primeiro baseia-se nos princípios da linearidade, da racionalidade (lado direito do cérebro) e da unimodalidade; nele, o parto é percebido a partir da separação entre corpo e mente, pela visão do corpo como máquina, da paciente como objeto, da alienação da mulher acerca dos procedimentos e intervenções médicas, da hierarquia organizacional e da padronização do cuidado à gestante, bem como da supervalorização das tecnologias.

O segundo paradigma conecta mente e corpo, vendo-os como organismos interligados e a mulher como um sujeito de relações. Partilha a responsabilidade entre mulheres e obstetras, pautando-se pelas informações e pelas escolhas informadas e ainda coloca a ciência e a tecnologia a serviço do humanismo. Dessa forma, amplia a assistência ao parto incluindo outras modalidades técnicas como, por exemplo, as soluções não farmacológicas de alívio da dor, o uso de banheiras de água quente, de massagens, entre outros.

Já a última visão narrada pela autora, o modelo holístico, revela um olhar integrador sobre o parto incorporando uma dimensão espiritual ao fenômeno, onde o corpo é dotado de energias que se comunicam com outros sistemas energéticos, no qual, a história de vida e a individualidade adentram o fenômeno, sendo respeitadas e valorizadas. Seus princípios são a afetividade, a fluidez e uma razão atrelada ao lado esquerdo do cérebro.

As mulheres do Grupo que optaram pelo parto domiciliar planejado foram aquelas que mais se aproximaram do modelo acima descrito, o holístico. Essas mulheres mobilizaram a equipe obstétrica indicada pelo Maternati (custeada particularmente) e permaneceram em casa durante todo o trabalho de parto e parto. Foram acompanhadas durante a gestação pela enfermeira obstétrica que as visitava regularmente e com quem mantiveram uma relação de intimidade e amizade. Após a avaliação de uma gestação de “baixíssimo risco”, como elas dizem, é organizado em domicílio todo o atendimento, bem como a facilitação de um transporte para um possível deslocamento ao hospital.

Nesses casos, elas também são acompanhadas durante o puerpério, a amamentação e orientadas em todas as questões referentes ao bebê, inclusive a sua documentação. É facilmente perceptível, pelos depoimentos no grupo virtual, a existência de uma relação de afetuosidade, de diálogo e inúmeras demonstrações de gratidão entre àquelas que realizaram o parto domiciliar com as profissionais que atuam no Grupo. Aliás, o número de partos

domiciliares entre as integrantes do Maternati é muito significativo e crescente com relação ao momento inicial da pesquisa.

Relevante também, no que diz respeito aos encontros, foi a afirmação e a importância atribuída à construção de um sentimento de solidariedade entre as mulheres do Grupo. Guiadas por um espírito cooperativo e pela identificação de gênero as mulheres tinham no espaço dos encontros um lugar para desabafos e esclarecimentos; ali elas marcavam sua distinção com relação ao “outros”, os de fora do Grupo. A ênfase estava no fato de que, embora fossem diferentes entre si e tivessem suas especificidades, encontravam-se regularmente com uma finalidade pontual: a de buscarem os seus partos num esforço conjunto, a um só tempo individual e coletivo; essa visão as tornava próximas, e desse ponto de vista, parceiras.

É possível sugerir, de seus posicionamentos, que o movimento de humanização do parto é retroalimentado pelas novas adesões constantemente. Ao participar de grupos como o Maternati, essas mulheres inserem novas demandas ao movimento mais amplo, o que em geral se faz pela permanência no Grupo mesmo após o parto. Elas querem compartilhar suas experiências com outras mulheres, chamam novas participantes para frequentar o Grupo e mesmo quando não atingem o ideal de parto natural fazem seus relatos para assegurar a possibilidade de que outras mulheres possam conseguir ter o parto humanizado.

O esforço do Grupo Maternati em organizar a adesão das mulheres que buscam esse “parir diferentemente” (Carneiro, 2011) pode revelar, de nosso ponto de vista, um aspecto importante dos feminismos, ou seja, o de enriquecer as lutas e os esforços coletivos, tornando-os uma força mais unificada. A preocupação em reforçar a ideia de “não concorrência entre as mulheres”, ou seja, de que os conflitos incitados por discordâncias ou diferenças entre as participantes fossem discutidos no decorrer dos encontros, também é uma proposta do Grupo. Segundo as coordenadoras, as mulheres são estimuladas a expor suas questões, medos e dificuldades independentemente se estão alinhadas aos ideais da maioria das integrantes do Grupo. Diante de algum conflito elas buscam obter consenso, mas, em geral, as mulheres que discordam dos valores do Grupo deixam de frequentá-lo. Apesar da retórica apaziguadora, pudemos testemunhar dentro do Grupo (principalmente no espaço virtual) discussões calorosas que revelavam discordâncias de convicções que permaneceram insolúveis.

## **CAPÍTULO I: Trajetórias das redes de humanização do parto**

*Voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada – esta é a maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto. (Diniz; Chacham, 2002, p.3).*

Considerando que este trabalho visa discutir as formas como algumas mulheres se mobilizam atualmente, interessadas, ao mesmo tempo, em conquistar diversificadas experiências de parto e, além disso, aprimorar um debate acerca da importância destas escolhas para a construção dos papéis femininos e maternos – por meio de um reflexivo processo de construção identitária – veremos qual o contexto social no qual amadureceram as ideias e o debate convocado na década de 1990 pelo movimento de humanização do parto. Desta forma, propomos neste capítulo, resgatar as etapas desta reflexão, mostrando suas influências teóricas, seus diálogos com as Ciências Sociais e os estudos de gênero, bem como suas tendências atuais.

Recorremos, primeiramente, aos grupos sociais que fomentaram a elaboração e o acesso a políticas públicas ligadas à saúde das mulheres como um direito de cidadania. Em seguida, passamos pelo debate teórico e histórico dos movimentos feministas com relação ao parto e a maternidade para com isso percebermos a influência de seus valores nas primeiras vanguardas obstétricas. Por último, adentramos o universo da humanização do parto que teve início com a organização da Rehuna e se estendeu nacionalmente em diversas redes como As Amigas do Parto e a Parto do Princípio reverberando atualmente na cidade de Maringá através do Grupo Maternati.

### **As primeiras reivindicações no campo da saúde das mulheres: destaque para a importância dos movimentos feministas**

Quando nos referimos a busca pelo parto humanizado, remetemo-nos ao fato de que as mulheres retratadas neste trabalho posicionam-se como uma resistência em relação ao modelo de assistência obstétrica atual. Coletivamente, elas discutem sobre a qualidade das práticas rotineiras recebidas nos hospitais e maternidades e, principalmente, sobre os altos índices de cesarianas realizadas no Brasil, recordista mundial segundo a Organização Mundial de Saúde. Cada mulher identificada com o ideário da humanização do parto almeja, entre outras



questões, ser vista em suas demandas próprias, com individualidade e livre de um tratamento massificado que controla seu corpo com base em padrões homogeneizantes.

O desejo de ter uma experiência singular, diferenciada e única, nos faz refletir sobre um dilema bastante importante para os grupos que demandam melhorias assistenciais em âmbito público e governamental, como por exemplo, através do SUS. Isso porque as políticas públicas tendem a ser abrangentes, prezando pelo acesso universal e padronizado no atendimento à saúde, o que provavelmente nivelaria essa assistência a um padrão, impossibilitando condutas personalizadas ou individualizadas.

Já no sistema particular, os planos de saúde podem estabelecer uma “relação mais comercial” com a sua “clientela”, o que possibilitaria um cenário diferente. No entanto, o interesse financeiro (garantido em termos de quantidade de partos), o controle do espaço, dos leitos e até mesmo do tempo do médico, apresenta-nos um panorama igualmente homogeneizante e, segundo pesquisas (Fiocruz, 2014), até mais intervencionista do que a realidade do SUS. A intervenção mais realizada nos planos de saúde privada é a cirurgia cesariana. No SUS, a prevalência é de partos normais, aqui entendidos como vaginais, porém a forma como são realizados, em enfermarias coletivas, sem o acompanhamento integral de alguém de escolha da mulher, restritos ao leito, acelerados por ocitocina sintética, submetidos à episiotomia, entre outras interferências, tornam ambos os modelos contrários aos interesses das mulheres, ou pelo menos, de parte significativa delas.

Esse contexto, que em muito impossibilita que as mulheres consigam ver seus partos realizados de forma natural, fez surgir grupos mobilizados a buscar partos humanizados, que garantem por um lado o respeito aos seus corpos e as suas vontades, e por outro, um respaldo em práticas obstétricas mais confiáveis. Assim, o presente trabalho pretende adentrar as experiências das mulheres do Grupo Maternati para compreendê-las e valorizá-las; busca também fazer uma reflexão sobre as potencialidades da construção de outros modos de agir pautados pela autonomia ou, em termos nativos, pelo empoderamento relacionados ao parto, uma experiência considerada transformadora pelas adeptas da humanização.

Nesse sentido e com o amparo da visão defendida por Rago (2013, p.28) sobre os feminismos – percebidos pela autora mais como linguagens<sup>20</sup> ou práticas discursivas do que como um conteúdo restrito aos movimentos sociais intitulados feministas – consideramos que

---

<sup>20</sup> Segundo Rago (2013, p.28), o uso da abordagem por meio de “linguagens”, que “não se restringem aos movimentos organizados que se autodenominam feministas, pretende dar visibilidade a práticas e modos de ação políticas e culturais menos perceptíveis”, mas que procuram “pensar, agir e existir em prol da autonomia feminina”. Vale ressaltar que essas práticas, para a autora, também atuam no sentido de libertar as mulheres de uma cultura misógina e da imposição de modelos criados a partir de uma lógica masculina.

as visões culturais, políticas e linguísticas advindas dos grupos de mulheres são importantes perspectivas históricas, propulsoras de reflexões que fundamentam a possibilidade de independência em diferentes contextos.

Aprimoradas a partir dos estudos de gênero e da dissolução da categoria unificada de mulher, as variantes internas dos feminismos foram incorporadas aos discursos identitários, que são plurais e contingenciais: assumir identidades é fazê-lo em nome de direitos específicos e em contextos determinados. “Seu fluxo semiótico assume significados específicos em discursos de diferentes ‘feminilidades’ onde vem a simbolizar trajetórias, circunstâncias materiais e experiências culturais históricas particulares” (Brah, 2006, p.341).

Tais discursos, promotores de visões de mundo, vêm ao longo do tempo questionando os modelos unificados e padronizados do “ser mulher” propondo uma diversidade de composições identitárias para as mulheres atuais. Essas reflexões alcançaram também as novas configurações grupais coletivas, que, mesmo não conscientes das raízes históricas ligadas ao feminismo arrogaram-se de seu vocabulário, de seus valores e teorias na tentativa de impulsionar novos “campos de possibilidades” (Velho, 2013, p.21) em âmbito pessoal, estrutural e social. O Grupo Maternati, por exemplo, não se intitula um grupo feminista, mas dialoga com argumentos construídos pelo feminismo. Suas integrantes, em situações específicas, atrelam as questões relacionadas ao parto com temas feministas, como veremos mais adiante.

Para adentrarmos o tema, partiremos do pressuposto de que a maternidade e o parto, bem como suas práticas assistenciais, são fenômenos situados no âmbito da cultura, das demandas sociais e pautados por representações históricas bastante cristalizadas, tanto pelas percepções individuais, quanto pelas relações familiares, institucionais, médicas e coletivas como um todo. Inserir o parto em um patamar ligado à sexualidade da mulher, a vida reprodutiva e ao exercício de um direito nos permite colocar esse fenômeno sob o olhar das relações de gênero e das representações do feminino vinculadas à maternidade. Por exemplo, as conquistas de direitos sexuais e reprodutivos – categoria pensada a partir dos movimentos feministas internacionais – estão ligadas a uma visão do parto como pertencente à mulher e suas demandas.

A possibilidade de as mulheres escolherem<sup>21</sup> tornarem-se mães, ou seja, a possibilidade de realizar uma escolha reflexiva pela maternidade (visto que as tecnologias

---

<sup>21</sup> Essa afirmação implica em considerarmos os marcadores de classe, raça e gênero, que imprimem impactos distintos nas experiências e nas escolhas da maternidade para as mulheres. A superação de limitações sociais

reprodutivas atuais permitem tanto a contracepção como a concepção de bebês) vincula-se a uma gama de outras escolhas que podem se tornar centrais para a construção individual, existencial e para a proposição de transformações sociais importantes no âmbito das relações sociais como um todo. A percepção corporal, os sentimentos, a reflexão, o poder de decisão, as formas de sociabilidade, enfim, os processos de construções das identidades passam por essas mudanças.

Por tudo isso, pensamos ser necessária uma recuperação do contexto histórico e cultural no qual surgiram os primeiros idealizadores do conjunto de proposições que convergiram no movimento de humanização do parto, com o intuito de compreender como os seus conteúdos e valores estão presentes tanto nas políticas públicas de atenção ao parto (modelo institucional), como nas redes de mulheres que permanecem crescentes e mobilizadas intencionando mudanças em um duplo sentido: em suas experiências pessoais, através de uma participação ativa no parto; e em atuação social, na tentativa de alterar a qualidade da atenção recebida quando o parto vai ser realizado institucionalmente e divulgando suas vivências para outras mulheres.

Sendo assim, os movimentos sociais, com destaque para os feministas, colaboraram fortemente para a construção de novas políticas públicas relacionadas à saúde das mulheres, fato que, a partir da década de 1980, consolidou leis e programas de saúde principalmente relacionados ao ciclo gravídico puerperal. Por toda a década de 1990, alcançando os anos 2000, esse processo foi acentuado com a formulação de programas estratégicos de ação, não somente visando questões reprodutivas como a concepção e a anticoncepção, mas também voltados para a garantia de melhores condições de saúde e de vida para as mulheres como um todo.

Devido o envolvimento na formulação de políticas públicas, parte dos movimentos feministas se distanciou de suas atuações de base, dos coletivos e das organizações mais horizontalizadas, para adentrarem as instâncias governamentais; passaram, assim, a participar da esfera pública como agentes produtores de políticas sociais<sup>22</sup>.

Em 1983, foi esboçado o primeiro programa destinado à saúde integral das mulheres, o PAISM. Por integralidade entendia-se que o atendimento à saúde deveria ter uma

---

como as situações de pobreza, a dominação masculina, o acesso à contracepção, à educação, entre outros, são de especial importância para que de fato o direito de escolha pela maternidade seja garantido.

<sup>22</sup> Segundo Rago (2013, p.27), há algum tempo os movimentos feministas brasileiros têm sido criticados por profissionalizarem-se e institucionalizarem-se com o apoio financeiro de agências internacionais, principalmente no momento histórico da redemocratização do País, adentrando esferas governamentais ligadas à implementações de políticas públicas.

abordagem biopsicossocial, respeitando todos os momentos da vida da mulher e a segurança dos procedimentos realizados. O atendimento integral visava também o aprimoramento das relações humanas no atendimento à saúde, transmitindo às mulheres informações que favorecessem uma “escolha informada” e uma especial atenção à diversidade no que tange aos marcadores sociais de raça, classe, etnia, orientação sexual, entre outros (Carneiro, 2001).

Esse programa também significou uma mudança de lógica no que tange aos temas femininos em saúde coletiva, articulando uma assistência multidisciplinar para a anticoncepção, o pré-natal, a gestação, o parto, o puerpério, a prevenção do câncer, das doenças sexualmente transmissíveis, da assistência à adolescente, entre outros. Para além da real eficácia desse programa, questionada por algumas leituras (Batista, 2000 *apud* Carneiro, 2001, p.3), o PAISM sugeriu uma série de mudanças expressivas que reorientaram o modelo institucional vigente. “O sistema de atenção ao parto, pela primeira vez, havia se transformado em uma questão política e de saúde pública com um recorte feminista” (Carneiro, 2001, p.3).

Segundo Diniz (2000), Batista (2000) e Pereira (2000), até os anos 80, havia dificuldade de se incorporar a saúde da mulher e os direitos reprodutivos à agenda dos movimentos sociais, mas não na do movimento feminista. De um lado, o movimento de mulheres, liderado pelos CEBs, Igreja e etc., preocupava-se mais com a questão do acesso à saúde, criação de posto nos bairros, mais médicos, saneamento básico e escolas, entre outros interesses práticos. Por outro, começavam a aparecer feministas que propugnavam a importância de se pensar na saúde da mulher e em suas especificidades, nas políticas de controle dos corpos, sobre a relação médico-paciente, a educação em saúde e o direito ao exercício da sexualidade e da cidadania (Carneiro, 2011, p.243).

Nesse contexto e pautadas pelo “imperativo normativo feminista” (Maia, 2008, p.14), se redefinem as bases da humanização do parto e, em 2000, inaugura-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) que tinha como meta à diminuição das taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal no Brasil (Ministério da Saúde, 2005a). Dentre suas estratégias estavam a melhoria da qualidade, do acesso e da cobertura da assistência à mulher, sob a perspectiva dos direitos de cidadania.

Humanização, nesse programa, significava atingir dois objetivos principais: o primeiro visava garantir um atendimento digno à mulher, aos seus acompanhantes e ao recém-nascido por meio de uma atitude ética e solidária dos profissionais de saúde e criar um ambiente acolhedor dentro da organização hospitalar; o segundo era adotar procedimentos comprovadamente benéficos ao parto, afastando-se das práticas intervencionistas

desnecessárias (tradicionalmente realizadas) e que potencialmente acarretam maiores riscos (Serruya, 2003, p.33-34 *apud* Maia, 2008, p.14).

Como a medida anterior, o PHPN apesar de sua importância também não teve o alcance esperado e apresentou dificuldades financeiras, estruturais e humanas em sua aplicação. Desse modo, em agosto de 2011 mais um programa foi planejado pelo Governo Federal a fim de garantir questões muito semelhantes às já estabelecidas anteriormente. O programa Rede Cegonha mantém as preocupações com relação aos índices de mortalidade materna e infantil e enfoca um modelo que prioriza a atenção da mulher e da criança em todas as etapas do nascimento. Dispõe-se a garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade sem perder princípios como o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, o enfoque de gênero, a promoção da equidade, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, homens, jovens e adolescentes, entre outros (Ministério da Saúde, 2011).

Apesar de suas características amplas e universalistas, grupos feministas como a Rede Feminista de Saúde tornaram público o seu descontentamento como a abordagem do Rede Cegonha, alegando que o PAISM, hoje chamado de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), já superava os temas recentemente propostos e realmente privilegiava a saúde integral das mulheres (as que desejavam tornarem-se mãe e àquelas que escolhia pela não maternidade) e não estritamente a saúde materno-infantil como faz o Rede Cegonha.

Segundo estas feministas, embora o Governo Federal reconheça que cerca de um milhão de abortos são provocados anualmente, não há na Rede Cegonha nenhuma proposta para tratar desse tema. A cientista política Negrão em uma entrevista concedida em abril de 2011 se pronunciou sobre o tema:

Do ponto de vista de atenção integral à saúde das mulheres, que é nosso paradigma desde a década de 1980, a Rede Cegonha é reducionista, um retrocesso nas políticas de gênero, pois as mulheres deixam de ser sujeitas principais no evento reprodutivo, de estar no centro do processo. Inclusive, a coordenação da Rede Cegonha é compartilhada com a área de atenção à saúde da criança e não tem como ponto de partida a saúde das mulheres. Há uma mudança no próprio foco da política de atenção à maternidade no Brasil, até então pautada por uma visão de direitos reprodutivos e que levava em conta a maternidade das mulheres que não queriam ter aquele filho. A da Rede Cegonha, não (Negrão, entrevista publicada em [www.viomundo.com.br](http://www.viomundo.com.br), acesso em outubro de 2014.)

Para esse grupo de feministas, o programa Rede Cegonha reafirma a mulher entrelaçada à maternidade, deixando de debater sua liberdade de escolha, inclusive sobre temas como a legalização ou a descriminalização do aborto. De toda essa disputa por espaços

de atuação (teórica e profissional) e de propostas para a assistência à saúde das mulheres, o que podemos perceber claramente são as intenções políticas, bem como o caráter ideológico e de construção social.

Assim, a constatação principal é o fato de que os fenômenos ligados ao parto e ao nascimento estão distantes de serem processos puramente “naturais”; são eventos sociais, culturais e políticos que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais, profissionais e instituições que detém poderes e legitimidades diferenciadas, além de propostas de modelos de assistência às mulheres dissonantes em seus pontos de partida. Partimos, então, da participação crítica dos movimentos feministas nas políticas públicas brasileiras ligadas à saúde das mulheres para, em seguida, vermos com esse movimento elaborou novas visões sobre o corpo feminino, a maternidade e os papéis de gênero, questões que possibilitaram o surgimento de variadas vertentes e grupos de mulheres ligadas à humanização do parto.

Os feminismos problematizaram a saúde, o corpo e a sexualidade, questionaram as formas de violência institucional e doméstica e elaboraram novas possibilidades identitárias para as mulheres em sua pluralidade. Por esse motivo, começaremos o tema seguinte pela forma como os discursos feministas foram aparecendo e se desenvolvendo ao longo dos tempos. Com isso, veremos a importância de suas propostas para o surgimento do movimento de humanização do parto e do nascimento, bem como de suas ramificações, muito embora os grupos atuais nem sempre se reconheçam como feministas.

### **O feminismo e a maternidade: um breve histórico**

Desenvolveremos esse item visando dois objetivos principais: primeiro pretendemos mostrar como o feminismo contribuiu para os debates acerca da maternidade, ou melhor, das maternidades possíveis e passíveis de serem construídas socialmente. Segundo, para indicar a importância desses grupos para a formação posterior da Rehuna, rede de humanização do parto e do nascimento. Apresentaremos as diferentes demandas e valores criados pelos feminismos para, com isso, percebermos a abertura de papéis e a pluralidade de identidades possíveis de serem pensadas a partir de suas reivindicações.

Como resultado das investigações feministas, o conceito analítico de gênero apresenta-nos uma abordagem para as relações sociais buscando principalmente o lugar do feminino na sociedade liberto de uma ótica biológica como determinação única e prescritiva. Essa perspectiva trata das conexões entre os indivíduos (homens e mulheres, mulheres e mulheres)

com a sociedade e com as instituições, tudo isso pautada pela lógica relacional, ou seja, por uma abertura epistemológica crítica ao paradigma do sujeito unificado e racional (masculino). Pretende assim, ampliar os papéis e pluralizar as identidades de homens e mulheres.

No desenvolvimento histórico dos movimentos feministas, podemos diferenciar influxos, com solicitações, prioridades e conteúdos bastante diferenciados. Dentre eles, destacamos três contribuições feministas por adotarem pressupostos distintos que nos ajudam a compreender como as formulações sobre a maternidade puderam ser desenvolvidas ao longo dos tempos. Tais subsídios derivam das principais vertentes: a primeira mobilização feminista ou primeira fase, considerada igualitária com relação aos gêneros; a segunda fase ou diferencialista, que valorizou as especificidades femininas e a pluralidade entre as mulheres e a terceira fase, que transcendendo o gênero feminino, se preocupou com as relações humanas e sociais como um todo.

A primeira fase tinha uma postura centrada na igualdade entre as pessoas e buscava confrontar um inimigo bem delineado, o patriarcado. Para planejar a democracia com a inclusão das mulheres seria necessário uma reflexão sobre o machismo, sobre a inserção das mulheres na vida pública e, enfim, sobre todos os direitos políticos, sufragistas, profissionais, econômicos e educacionais que cabiam somente aos homens.

Isso porque a diferença sexual significava uma graduação hierarquizada em âmbito social, que privilegiavam os homens em detrimento das mulheres, que eram suprimidas socialmente segundo uma tríplice exploração: gênero, classe e etnia (Scott, 1989, p.4; Meroni, 2001, p.183). Por isso, a primeira corrente feminista matizou uma luta que contestava todo e qualquer determinismo biológico, questionando as funções da maternidade como um importante elemento explicativo da dominação de um sexo sobre outro (Scavone, 2001, p.138).

Esse momento do feminismo permanece no imaginário social revestido de marcas e estereótipos. Estigmatizado por algumas mulheres atuais como radicalista, artificialista e gerador de formas de opressão para as mulheres como, por exemplo, a ideia de negação da feminilidade e da maternidade, esta fase republicana do movimento feminista se faz bastante preponderante na memória dos leigos. Embora ainda hoje tenhamos na luta por direitos uma questão importante, a descontextualização histórica e o olhar crítico com relação, por exemplo, à “queima de sutiãs”, prevalecem no imaginário social como atitudes que não geram identificação entre as mulheres atuais.

(...) as feministas foram vistas como mulheres feias, infelizes, sexualmente rejeitadas pelos homens e, convenhamos, não é muito raro vermos outras mulheres reafirmando esses estigmas ainda hoje. Deve-se perguntar, então, a que vem a perpetuação desse estigma sobre mulheres que lutam e lutaram, por outras mulheres, que se empenharam pela melhoria da condição feminina, que dão visibilidade a questões radicalmente novas, que propõem outras alternativas para o pensamento e que, sem dúvida alguma, ajudam a construir um mundo novo e muito mais saudável também para os homens? E mais, o que a utilização desse estigma nos informa sobre o lugar do feminino em nossa cultura e sobre a relação que se mantém com o diferente? (Rago, 2002, p.59).

Em relação à maternidade, esse primeiro momento feminista a reconheceu como um “defeito natural” que confinaria as mulheres em uma bioclasse, impedindo a busca de identidades mais amplas e do desenvolvimento de suas potencialidades. Dessa forma, recusá-la seria a principal subversão com relação à dominação masculina, outra construção histórica que precisava ser superada. Após essa impactante negação da maternidade, surgia dentro do movimento feminista a constatação de que abrir mão dela seria mutilar parte importante da história e de uma identidade feminina, questões que incluíram uma nova reflexão a esses movimentos (Scavone, 2001, p.140).

A segunda fase, já nos anos 1980, foi alcunhada de fase cultural ou feminismo da diferença. Pretendia, pela afirmação da diferença como um valor, pensar propostas de gênero a partir da construção de identidades e de papéis específicos para as mulheres, demandados por elas. Esse momento corresponde ao advento do sujeito sociológico mencionado por Hall (2011, p.12), processo pelo qual a identidade comunica o mundo pessoal com o mundo público, alinhando os sentimentos subjetivos aos lugares que objetivamente os indivíduos ocupam na sociedade. Assim, a identificação cultural amarrava-se ao aspecto estrutural da organização social, ou seja, os indivíduos internalizavam os valores e modelos da cultura, retirando dessa projeção papéis e identidades bem delimitadas, estáveis e definidas socialmente.

Nesse sentido, o feminismo defendeu que os aspectos da vida privada fossem também políticos e, mais ainda, que estes transcendiam as questões da esfera pública. Diziam respeito a uma especificidade feminina que unificaria as mulheres em relacionamentos espontâneos e reflexivos em torno da afirmação de uma identidade exclusiva do feminino. “Trata-se muito mais de uma reflexão feminina do cuidado (*care*) do que feminista de engajamento sócio-político da autonomia radical antimasculina” (Meroni, 2011, p.185).

A segunda geração deparou-se com um dilema importante: a preponderância cultural do termo gênero e a sua relação de imanência com o sexo biológico. Todavia, os estudos interligados à segunda onda trouxeram o corpo, a sexualidade e a subjetividade para o centro



de suas produções, anunciando que esses domínios sofriam fortes influências da cultura e dos modelos modernos de organização social que historicamente hierarquizou os gêneros.

Esse conjunto de pesquisas e iniciativas, contribuições dos movimentos feministas, orientou à temática da saúde das mulheres no Brasil e no mundo criando nichos de discussões em importantes instâncias governamentais como a Organização Mundial de Saúde; além disso, começou a esboçar outros modelos de maternidade que se opunham aos valores modernos de “mãe abnegada, dedicada e assexuada, referindo-se mais as mães do século XXI e possíveis novos modos de subjetivações maternos” (Carneiro, 2001, p.5).

Assim, a maternidade passa a ser considerada como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejam. Neste momento, a reflexão feminista também dialoga com as ciências humanas e sociais: em teses lacanianas, que valorizam o lugar das mulheres na gestação, lembrando que o cordão umbilical, unindo o feto à mãe, é fonte de vida e poder; em teses históricas que resgatam a experiência de maternidade como parte da identidade e poder femininos, em teses antropológicas que, analisando as manifestações culturais da maternidade, recuperam o saber feminino que lhe está associado (Scavone, 2001, p.141).

Foucault (1993) vincula a produção de saberes às relações de poder, afirmando que todo o poder tem sua origem na posse do conhecimento legítimo. Em seus escritos, a produção teórica do conhecimento é uma importante ferramenta para as estratégias de luta e o apontamento dos focos de poder. Por isso, o discurso<sup>23</sup> que enfoca o resgate de um saber feminino ligado à maternidade, retirando-o parcialmente do campo da medicina (que por sua vez o retirou das parteiras e aparadeiras do passado), contribui para dar visibilidade ao poder que as mulheres exercem socialmente mediante o fenômeno da maternidade. Esta visão, situada na corrente diferencialista dos feminismos, evidencia a afirmação das diferenças e a especificidade das construções identitárias femininas.

Além disso, os saberes dessa segunda fase também se vinculavam a uma construção identitária atrelada ao corpo, à autonomia reprodutiva, aos desejos, aos prazeres, às experiências e às escolhas das mulheres; politicamente, anunciavam propostas contra o assédio sexual, a violência doméstica e institucional, o estupro e em favor da descriminalização do aborto. No âmbito científico, literário e artístico foram contemplados temas que reiterassem as questões anteriormente salientadas, acrescentando à epistemologia feminista a ideia de um exercício de maternidade inteiramente resignificada.

---

<sup>23</sup> Ressaltamos que esta é apenas uma das facetas das narrativas identitárias. Exaltar um saber feminino do passado é mais uma estratégia de argumentação do que uma vontade de retorno ou retomada do passado. Portanto esse discurso convive com outros, que podem ser bem diferentes e até mesmo opostos, e serão acionados dependendo do interlocutor que está em diálogo.

A maternidade biológico-simbólica, em contraposição ao modelo tradicional de “mãe sofredora”, emergiria como um novo paradigma que romperia com as amarras de determinação social e com a maternidade como o único papel feminino<sup>24</sup> (Diniz, 2000; Carneiro, 2001). Tal modelo, a ser construído socioculturalmente, deveria ser pensado pelas próprias mulheres, já emancipadas intelectual e economicamente. Nesse sentido, a segunda fase manteve uma postura separatista na qual somente as mulheres estariam habilitadas a pensar sobre temas relacionados à alçada feminina.

Essa prática separatista, de reunir só mulheres, fundamenta-se numa identidade considerada comum a todas, ou seja, todas se reconhecem como mulheres e por isso submetidas à opressão masculina não só econômica e politicamente, mas também acadêmica e artisticamente. Por causa desse separatismo foram consideradas diferencialistas (Meroni, 2011, p.185).

Ainda neste momento diferencialista, a noção de identidade feminina foi, aos poucos, relativizada. A partir das contribuições dos movimentos de mulheres negras nos EUA e, em seguida, com as indígenas da América Latina, promoveu-se o questionamento de uma única identidade para as mulheres. A construção das identidades haveria de comportar uma pluralidade de mulheres feministas, lésbicas, negras, camponesas, indígenas e não somente à concepção de feminista como mulheres brancas, heterossexuais, letradas e de classe média. Esse movimento que multiplicou no âmbito teórico as categorias do “ser mulher”, evidenciou não somente a diferença entre homens e mulheres, mas também a diferença entre as agendas políticas das mulheres em sua pluralidade de vozes.

Para o intuito desse trabalho, faz-se necessário destacar a importância dessa segunda fase do movimento feminista, iniciada a partir da década de 1980, para o enriquecimento do questionamento que se esboça em relação à assistência ao parto. Entre elas, está uma crítica à excessiva medicalização, a intervenção, ao controle do corpo e as denúncias de “violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (Trecho da Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, 1993).

---

<sup>24</sup> Em todas as fases do movimento feminista a maternidade como mandato foi questionada e negada. Simone de Beauvoir em sua obra “O segundo sexo” de 1949 já havia propagado que o papel de mãe atribuído biologicamente às mulheres era também o principal mecanismo de conservação de relações sociais desiguais entre os gêneros. Essa visão, mais fortemente concretizada pela modernidade, foi também responsável por diversas leituras cindidas do mundo: a separação entre público e privado, cultura e natureza, indivíduo e sociedade e outras formas hierárquicas de classificação, todas refutadas no desenvolvimento histórico dos movimentos feministas.

Isso porque a corrente diferencialista adotou como estratégia, a intensificação das pesquisas sobre maternidade, contracepção, aborto, sexualidade e, com isso, promoveu o fortalecimento de uma dimensão feminina. Tal dimensão se distinguiria do mundo masculino através da afirmação de suas especificidades. A elaboração das identidades femininas, desnaturalizadas, livres das imposições históricas efetuadas pelo olhar masculino, da medicina, da igreja, da família, entre outras instâncias socializadoras, começou a ser projetada. Não uma identidade coesa e única, tratava-se do delineamento de um processo reflexivo que ampliaria as fronteiras identitárias masculinas e femininas, tornando-as mais abertas, fluidas, múltiplas e em processo contínuo de revisão.

Nessa época, no Brasil formaram-se numerosos grupos feministas direcionados exclusivamente para as questões da saúde, da sexualidade e da construção dos papéis de gênero na maternidade. Preocupados em recuperar o saber empírico das mulheres do passado, por meio de pesquisas socioantropológicas e em adquirir informações científicas sobre o ciclo reprodutivo e a fisiologia corporal, os estudos engajados advindos dos movimentos feministas almejavam uma maior problematização da assistência ao nascimento, estabelecendo um diálogo entre a tradição cultural e o conhecimento científico.

Nesse sentido, o feminismo pretendeu construir um olhar crítico acerca das conquistas científicas da medicina obstétrica moderna, com o intuito de intermediar o estado atual da prática médica e a construção de um novo conhecimento e uma nova prática, o que implicou em “novas concepções de maternidade e saúde, nas quais a mulher voltará [voltaria] a participar como sujeito de sua própria história” (Scavone, 2004, p.137).

A crítica feminista foi radical ao buscar a libertação das formas de sujeição impostas às mulheres pelo patriarcalismo e pela cultura de consumo da sociedade de massas e, se num primeiro momento, o corpo foi negado ou negligenciado, como estratégia mesma dessa recusa das normatizações burguesas, desde os anos 80, no Brasil principalmente, percebe-se uma mutação dessas atitudes e a busca por novos lugares para o feminino (Rago, 2004, p.5).

Também foi no início da década de 1990 que alguns movimentos de mulheres começaram a se organizar associando-se aos grupos feministas e a diversos profissionais da área da saúde para repensar a assistência obstétrica brasileira tal qual o modelo médico oficial, tido como masculino e controlador do corpo da mulher. Esse movimento questionador não foi exclusivo do Brasil, ao contrário, surgiu como uma resistência internacional a excessiva medicalização do parto e ao tratamento deste como um fenômeno patológico restrito ao campo da medicina. O fato do exercício da medicina constituir-se, em sua gênese, um campo

profissional ligado majoritariamente aos homens e aos seus interesses, no interior do movimento feminista foi atrelado a um poder de dominação sobre o corpo da mulher.

Nesse contexto e posicionando-se no mesmo sentido vemos, em 1993, a organização da primeira rede de humanização do parto e do nascimento, a chamada Rehuna, que consolidaria as primeiras propostas coletivas para a instauração desse novo movimento social, bem como de seus desdobramentos até a atualidade. Segundo pudemos observar em nossa participação nos encontros do Maternati ainda hoje relações de poder existentes no interior das instituições hospitalares impedem que direitos já garantidos por lei sejam devidamente acatados<sup>25</sup>. Condutas ligadas ao domínio do corpo feminino são renitentes no interior das instituições hospitalares, refletindo-se em prejuízos<sup>26</sup> para às experiências de parto de algumas mulheres, como veremos nas falas das interlocutoras deste trabalho.

Já a terceira fase do feminismo ou o chamado feminismo no plural, acrescenta ao debate da diversidade a percepção de que existem diferenças dentro da diferença. O sujeito feminino pós-moderno passa a ser visto como indeterminável, anti-universal, indefinível e em constante transformação. A reivindicação do espaço público, sem, no entanto, o abandono das atividades maternas, promoveria a conciliação entre as esferas “masculinas” e “femininas” instaurando uma relação na qual um âmbito só se definiria em relação ao outro, ou o que Machado chamou de “contrato sócio-simbólico entre os sexos” (1992, p.25). Ainda segundo a antropóloga,

A terceira geração teria como tarefa reconciliar o tempo maternal (cíclico e monumental) com o linear (político e histórico). Criticava, assim, a universalidade de uma diferença radical entre os gêneros. Postulava a instauração simbólica de uma multiplicidade de diferenças: diferenças entre homens e mulheres, mulheres e mulheres no nível mesmo da interiorização individual (Machado, 1992, p.25).

Esse terceiro momento revela ainda que não é o fato biológico da reprodução quem determina os papéis e a posição social das mulheres, mas, são as relações de dominação que

---

<sup>25</sup> Lei do acompanhante nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às mulheres um acompanhamento de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto dentro da rede SUS de atendimento. A lei, embora em vigência há anos, ainda é descumprida em muitas instituições hospitalares que, segundo os depoimentos colhido no Grupo Maternati, mantém seus regimentos subordinados à decisão do médico, a quem cabe decidir cumprir a lei ou não.

<sup>26</sup> Ainda que se possa afirmar que as práticas intervencionistas e, muitas vezes, não informadas ou não consentidas são generalizadas dentro dos hospitais, independente do gênero, trabalharemos com a ideia de que no momento dos nascimentos e em relação às mulheres grávidas tais práticas são mais exarcebadas, estruturadas e com difícil margem de negociação. Mesmo quando a reivindicação está prevista nas indicações do Ministério da Saúde, o regimento das práticas hospitalares está mais nas mãos dos médicos do que da própria instituição ou das políticas estatais.

atribuem o significado social da maternidade (Scavone, 2001, p.141), fenômeno que somente pode ser explicado socialmente.

Com a introdução do conceito de gênero pelas ciências sociais, feito que, segundo Scott (1990) se deu através das feministas contemporâneas, foi possível alcançar uma “compreensão relacional da maternidade” (Scavone, 2001, p.142) que pode ser abordada tanto como um símbolo de realização feminina, como também um símbolo de poder das mulheres ou ainda um símbolo de opressão, sendo inúmeras as possibilidades de interpretações para esse fenômeno construído histórico, cultural e politicamente.

O termo gênero, tal como foi compreendido a partir dos anos de 1980 pelos movimentos de mulheres, perpassou reivindicações ligadas aos direitos civis, aos direitos humanos, a igualdade e ao respeito, tanto com relação às mulheres como em relação a outros grupos que também buscavam liberdade sexual. Nesse sentido, a apropriação pelo feminismo do termo gênero, destacou as bases da subordinação da mulher com relação à dominação masculina: ser o “outro” de uma relação identitária desigual e hierárquica. A identidade masculina, centrada, unificada, fixa, racional e com o papel de sujeito perante o desenvolvimento social e por outro lado, o seu reflexo invertido, a mulher representada como instável, emocional, corporal, maternal, que só encontraria um lugar na sociedade como o objeto de subordinação dessa relação, ambas as caricaturas, haveriam de serem superadas.

Após a denúncia da arbitrariedade cultural da condição feminina, o termo gênero começa a aparecer na compreensão das identidades relacionais, resultado da interação entre os sexos. Nesse momento, inicia-se um processo de desconstrução pós-moderna da identidade fixa e do sujeito iluminista que, a partir da proposição de múltiplas identidades culturais, adentram as relações e os papéis individuais e suas dimensões de gênero (Scott, 1990).

A perspectiva histórica, evidenciada pela autora, nos revela que o processo de construção política das identidades masculinas e femininas é perpassado por conceitos normativos e relações de poder que organizam simbolicamente os papéis dos indivíduos dentro da sociedade. Para O’Brien<sup>27</sup>, a partir da leitura de Scott, as formas de controle do corpo feminino foram legitimadas como decorrência de um desejo masculino de ser detentor do processo de reprodução da espécie humana, ou seja, as relações de poder tinham o efeito de transcender essa privação masculina.

---

<sup>27</sup> Mary O’Brien pertence aos grupos feministas que focavam suas pesquisas de gênero nas origens e nas explicações históricas do patriarcado. Segundo Scott outras duas correntes do feminismo eram passíveis de serem classificadas: a abordagem marxista e a abordagem psicanalítica.

O princípio da linhagem geracional consagrado pelo nome paterno, segundo a autora, destaca e privilegia a primazia da paternidade e “obscurece o labor real e a realidade social do trabalho das mulheres no parto”. E acrescenta: “a fonte da libertação das mulheres se encontra numa compreensão adequada do processo de reprodução, numa avaliação das contradições entre a natureza do trabalho reprodutivo das mulheres e a mistificação ideológica (masculina) deste” (*apud* Scott, 1990, p.9).

Leitora de Scott, a pesquisadora brasileira Saffioti (2001) apresentou o conceito de gênero em uma dimensão histórica e ontológica, demonstrando o seu vínculo com a natureza transformada pela cultura. Nesta visão, o ser humano interfere e modifica o mundo de forma consciente, teleológica e como um sujeito perpetrado por relações sociais, porém, esse mesmo indivíduo não perde de vista a sua ligação com a natureza, ao natural biológico, seja inorgânico ou orgânico (Saffioti, 1989/90).

Essa visão coloca os atores sociais em seus arcabouços históricos, em suas trajetórias ao longo do tempo e, com isso, inverte a sentença inicial: não existem relações de gênero porque existem dois sexos, mas ao contrário, a vida em sociedade fez emergir indivíduos em suas determinações masculinas e femininas sendo que os seres humanos continuam a pertencer à natureza. A parcela biológica da sexualidade não fala por si só, ela é expressa socialmente, vivida culturalmente e praticada performaticamente durante todo o processo de construção das identidades pelos indivíduos.

O resgate de uma ‘ontologia relacional’, deve ser parte integrante de uma maneira feminista de fazer ciência: em sua totalidade de corpo, intelecto, emoção e vontade, os homens e as mulheres entram em contato para dominar, se anular, *mas também para se relacionar*. O outro deve ser pensado em termos de sua capacidade de totalidade orgânica de relações. Saffioti considera essa pertença à natureza, mesmo que ela possa ser determinada arbitrariamente pelos esquemas socioculturais de gênero, a raiz de seu entendimento ontológico da categoria de gênero (*apud* Meroni, 2011, p.181 – grifo nosso).

Quando a autora evidencia que entre as relações de gênero perpassam poderes, disputas, mas também outras formas de relacionamento nem tão assimétricos, encontramos um espaço para relativizar a compreensão cristalizada de um poder ligado ao masculino e imposto ao feminino.

Segundo Machado (1992), relações de reciprocidade, de prestígio, estratégicas e de complementariedade, também são encontradas entre os sexos opostos e, mesmo as relações de poder estão diluídas<sup>28</sup>, muitas vezes camufladas sob a forma de um aparente consentimento.

---

<sup>28</sup> Menção à concepção Foucaultiana de poder, um poder pulverizado e dissolvido nas relações sociais.

Assim, as relações de poder antes de estarem corporificadas por homens ou mulheres, estão fixadas à estrutura social e à instância institucional pelos paradigmas dominantes, ou como preferiu Machado, “trata-se de um caso da estrutura de poder de uma determinada sociedade” (Machado, 1992, p.42).

Outra questão proposta por Saffioti, que reitera a de Machado, é a percepção de que as representações femininas e masculinas não precisam ser nem opostas e nem paradoxais, ou seja, homens e mulheres não precisam estar em campo com interesses contrários; ambos, em relação, precisam focalizar os padrões dominantes das manifestações de gênero: as normatizações sociais que interferem nas relações humanas como um todo e, embora personificadas nas figuras do feminino como dominado e do masculino como dominante, não se fixam exatamente no sexo biológico, pelo contrário, são plurais e se manifestam nas relações entre mulheres, entre homens e por meio de marcadores analíticos de classe, etnia e geração.

O gênero se apresenta, portanto, como a categoria que melhor ajudava a compreensão de diferenças biológicas em uma convivência social mediada pela cultura e permeada por relações de poder. O gênero se oferece como uma gramática sexual que rege, graças ao poder e à sua significação cultural, as relações mulher-mulher, homem-homem e mulher-homem (Meroni, 2011, p.206).

Por fim, a abordagem de gênero embora seja mais uma categoria de investigação do que de transformação, ampliou bastante os estudos acadêmicos sobre os processos de construção das relações humanas e de poder em momentos socialmente localizados. Aprofundou temas de interesse comum a ambos os gêneros, questões ligadas à saúde, à família, à sexualidade, a liberdade de escolha reprodutiva, ao corpo e os tornou, junto com os movimentos feministas, assuntos políticos e demandas de direitos, a fim de deixá-los mais igualitários dentro da dinâmica social.

### **As identidades do movimento de humanização do parto**

As raízes do movimento que recebeu no Brasil o nome de humanização do parto estão associadas a movimentos mundiais iniciados nos anos de 1950 em países como Estados Unidos, França e Inglaterra. Refletidos quase concomitantemente no Brasil, esses influxos identificavam-se com novas percepções sobre o corpo, o parto e a sexualidade feminina.

Considerados uma vanguarda obstétrica, Dick-Read e Lamaze<sup>29</sup> procuravam ressignificar o parto e os sentidos negativos da chamada “dor do parto” que, desde então, tinha uma marca cultural e religiosa muito forte que o colocava como um fenômeno mecânico e biológico mais do que um evento simbólico e individual.

Essa nova proposta, chamada no Brasil de “ideário do parto sem dor” (Salém, 1983) elaborou técnicas comportamentais de controle desse sentimento, a fim de transformar o parto em um evento mais prazeroso. Embalados pelos movimentos contraculturais e libertários dos anos 1960 e 1970, novas perspectivas para a obstetrícia foram sendo construídas como, por exemplo, o ideal de “casal igualitário” ou “grávido” (Salém, 1980), a valorização do feto e do recém-nascido como um sujeito dotado de individualidade, a crítica à medicalização (uso indevido de tecnologia apropriada) e a busca por modelos culturais diferenciados para o atendimento à saúde, a partir, por exemplo, de modelos mais holísticos.

O segundo momento da trajetória da humanização, já na década de 1980, foi revigorado por médicos e obstetras como Leboyer<sup>30</sup>, Odent<sup>31</sup> e Paciornik<sup>32</sup>, que desenvolveram pesquisas em seus países e também no Brasil. Eles falavam do parto como uma experiência fisiológica transpassada pela cultura, onde a sexualidade feminina estava presente, e precisava ser considerada. De seus pontos de vista o ambiente e a posição do corpo durante o parto eram importantes para o bom transcorrer do trabalho de parto e a privacidade, o respeito e a tranquilidade deveriam ser elementos presentes.

De início, esses conhecimentos foram interpretados como propostas de um “estilo de vida alternativo”, direcionados a um público de camadas médias e intelectualizadas. Posteriormente, foram também relacionados aos ideais de movimentos ecológicos e também de movimentos feministas.

A visão ecológica trabalhava com a ideia de que o respeito à natureza deveria conter dois momentos: ao passo que a proteção do ambiente natural externo era fundamental, os fenômenos internos, que se expressam através do corpo, também teriam que ser preservados e respeitados. O parto, por excelência fenômeno corporal, teria que ser poupado da manipulação e tentativa de controle da ação humana.

---

<sup>29</sup> O primeiro livro de Dick Read foi *Natural Childbirth* de 1933, mas o obstetra só obteve credibilidade no campo científico a partir de 1942 com seu segundo livro *Revelation of Childbirth*. Lamaze ficou conhecido mundialmente com o livro *El Parto Sin Dolor* de 1954, editora Ciencia e Vida. Ambos, embora fizessem à crítica aos métodos assistenciais autoritários, ainda pensavam que era papel dos médicos conduzir educacionalmente as mulheres para uma nova percepção do parto. Mantinham-se, portanto, como as figuras centrais de um parto sem dor, em detrimento das mulheres que pariam.

<sup>30</sup> Leboyer, F. *Nascer sorrindo: Por um nascimento sem violência*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1974.

<sup>31</sup> Odent, M. *Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado*. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

<sup>32</sup> Paciornik, M. *Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense, 1984.



A vertente feminista, representada inicialmente pela antropóloga inglesa Kitzinger<sup>33</sup> e pela educadora perinatal Balaskas<sup>34</sup>, associou a assistência obstétrica às reivindicações ligadas à autonomia feminina no nascimento (o chamado parto ativo) e a uma postura de coragem e de conhecimento do próprio corpo, atribuindo a esse movimento uma identidade feminista passível de ser construída por meio do protagonismo sexual e da maternidade ativa e reflexiva.

No Brasil, desde meados da década de 1970, alguns profissionais dissidentes (obstetras marginais) inauguraram compreensões e práticas diferenciadas ligadas ao parto, tendo como referência condutas tradicionais, povos indígenas e os conhecimentos recolhidos em experiências de outros países como a França e a Inglaterra. Lá, desde a década de 1950, novas concepções e atuações no que diz respeito ao parto dentro do modelo cultural ocidental foram consolidadas e difundidas como métodos diferenciados e propostas inovadoras<sup>35</sup>.

Como decorrência dessas incipientes transformações, alguns obstetras, educadores perinatais e antropólogos foram consolidando novos valores e concepções para a assistência à mulher, pautados por essas, até então, inéditas percepções. Tais propostas chamadas de “pós-parto sem dor” (Salém, 2007) se opunham a ideia inicial, “o parto sem dor” (Ibidem, 2007). O primeiro pretendia ser um modelo universal de atendimento ligado à prática do médico, tendo-o como figura central. O segundo se afirmaria contra tais “propósitos prescritivos” e estaria mais vinculado à internalidade dos sujeitos, o que estimularia “os indivíduos a fazerem uso de seu ‘direito de escolha’, de sua ‘liberdade’ e a ‘se ouvirem’, atentando para a sua subjetividade e/ou para o seu ‘saber instintivo’” (Salém, 2007, p.78).

Brasileiros como os obstetras Araújo (Ceará) e Parciornik (Paraná) foram os primeiros profissionais dissidentes a questionarem a assistência ao parto em seu modelo dominante junto com o hospital Pio X (Goiás) e grupos de terapia alternativa como o Instituto Aurora (Rio de Janeiro).

Desde a década de 1980, muitos grupos ofereciam assistência humanizada à gravidez e ao parto, propondo alterações técnicas nas abordagens desses temas, são eles: o Coletivo

---

<sup>33</sup> Kitzinger, S. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, Martins Fontes, 1978.

<sup>34</sup> Balaskas, J. *Parto Ativo*. São Paulo: Ground, 2012.

<sup>35</sup> Esse movimento foi estudado por Tânia Salém na década de 1980 e ganhou o nome de “ideário do parto sem dor” quando ainda havia uma centralidade médica, ou seja, os médicos é que deveriam ser reeducados para lidar diferentemente com o parto. O segundo momento desse movimento recebeu da mesma autora o nome de “pós-parto sem dor” quando, um pouco mais livre das normalizações médicas, o movimento é ampliado e adquire características mais variadas e ligadas a um estilo de vida alternativo, a valorização de um ambiente afetivo, a autonomia da mulher (grupos feministas), à crítica ao uso abusivo da tecnologia, ao controle de processos naturais, entre outros.

Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação comunitária Monte Azul em São Paulo e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (Diniz, 2005, p.59).

A vinculação entre as reivindicações dos movimentos de mulheres ligados à saúde, às ideias difundidas pelas feministas<sup>36</sup>, os estudos de gênero e os grupos de profissionais questionadores da assistência ao parto formam o pano de fundo para a organização de novos movimentos, aglutinadores de temas como os direitos reprodutivos, a participação paterna na reprodução, a Medicina Baseada em Evidências (vertente crítica da medicina), os altos índices de cesarianas e os baixos resultados com relação à saúde materna e do bebê nos indicadores de saúde.

Um exemplo desse percurso histórico foi o surgimento do grupo feminista mencionado acima, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde que, desde 1981, trabalhou em favor dos direitos das mulheres no campo da saúde. O Coletivo feminista também esteve significativamente presente durante o processo de fundação da Rehuna em 1993<sup>37</sup> fortalecendo várias de suas reivindicações. Esses grupos defendiam que, a posse da informação e do conhecimento pelas mulheres auxiliaria uma melhor reflexão sobre o corpo, a saúde, a contracepção, a maternidade e, conseqüentemente, à busca por melhores condições de vida, além de uma maior participação na vida pública.

Para efetivar seus planos, o Coletivo fundou um ambulatório para o atendimento específico de mulheres, segundo elas próprias: “um espaço de produção de novas práticas, menos hierarquizadas e propulsoras de um novo modelo de atendimento” (Livro do Coletivo, 2000). As bases dessa “nova assistência”, que tinha como campo de conflitos e diálogos a medicina oficial vista como masculina, pretendia criar novas representações para as mulheres que se tornariam mães.

A “maternidade voluntária” foi uma expressão utilizada pelo Coletivo para evidenciar a escolha pela maternidade. Segundo o grupo feminista, todas as mulheres teriam o direito à opção pela maternidade e deveriam estar munidas das informações sobre os diversos tipos de contracepções e cientes dos outros papéis sociais disponíveis para elas. A possibilidade de a mulher escolher a gravidez são premissas para uma ressignificação daquela maternidade vista como papel único da mulher e da crença na “mater dolorosa” ou da mãe sofredora.

---

<sup>36</sup> Não foram todas as vertentes do movimento feminista que tiveram preocupações relativas ao parto, em alguns momentos específicos outras foram as suas prioridades, porém, na década de 1990 foi significativa a presença desse movimento no debate sobre a assistência ao parto e à maternidade.

<sup>37</sup> A inclusão da palavra “parto” na sigla da rede foi sugestão do movimento feminista, já que o nascimento se refere ao bebê e o parto à mulher.

Essa nova concepção de maternidade não significou uma única opção para as mulheres, ou seja, a necessária terceirização do papel de mãe em proveito das conquistas profissionais atingidas, como o senso comum, às vezes, insinua. O sentido proposto por esse Coletivo foi criar o conceito de “maternidade prazerosa”, foi transformar a maternidade em trabalho humano, livremente escolhido, cheio de potencialidades e associado à satisfação e não somente a abnegação e ao sacrifício. Junto ao movimento de humanização do parto, o Coletivo feminista propagou o reconhecimento da autoridade das mulheres para definirem as suas “prioridades no ciclo gravídico-puerperal” (Diniz, 2000).

Outro exemplo, agora em âmbito governamental, de uma organização que promovia uma assistência diferenciada às mulheres foi o PAISM, programa que ganhou um primeiro formato em 1983 e foi lançado pelo Ministério da Saúde. Segundo Carneiro (2001) para a implantação deste programa, as reivindicações e as práticas feministas foram de extrema importância. “Foram as mulheres que, indignadas com uma percepção esquadrihada de seus processos, as primeiras a exaltarem a necessidade de uma atenção médica integral aos seus corpos” (Carneiro, 2001, p.2).

Coerente com os acordos internacionais ligados à Organização Mundial de Saúde, o PAISM foi considerado uma das primeiras experiências mundiais a discutir uma atenção integral à saúde reprodutiva das mulheres e a considerá-la um direito reprodutivo e uma extensão dos direitos humanos. Essa proposta, apesar de suas limitações práticas, qualificou a maternidade e a assistência ao parto em instância política e de saúde pública, ambas amparadas pelos movimentos de mulheres e feministas (Carneiro, 2001, p.3).

Superando as visões que objetificavam a mulher, ou restringindo seus direitos de escolhas reprodutivas ou impedindo sua opção pela contracepção, as perspectivas dos movimentos de mulheres no Brasil pautaram-se pela crítica ao modelo médico que, segundo as feministas, estava “centrado numa concepção do feminino como condição essencialmente “defeituosa” e que, com base nesse juízo, tratava o parto como patológico e arriscado, usando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa” (Diniz, 2000, p.38).

Os insurgentes grupos ligados à humanização do parto também focaram suas críticas na retirada das dimensões sexuais, sociais, existenciais e espirituais da experiência do parto, bem como na falta de autonomia feminina dentro dos hospitais onde eram submetidas às regras e as condutas dos especialistas.

Dentro do movimento de mulheres havia um crescente reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, era vivida em condições de opressão

relacionadas ao controle social das grávidas. Isto é, eram tratadas não como pessoas, com necessidades adicionais e singulares, mas sim como embalagens do feto, como uma “pélvis ambulante” assexuada, a ser vigiada e submetida a um conjunto de intervenções institucionais irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa, em especial no campo da medicina (Diniz, 2000, p. 39).

Dessa maneira, em âmbito estatal ou através dos movimentos sociais, as ações vinculadas à temática da maternidade, não voltadas a sua negação, mas à sua qualificação, deveriam, segundo esses grupos, ser pensadas pelas próprias mulheres e não mais a partir dos manuais médicos da obstetrícia, classificadores das intercorrências e das doenças ligadas ao parto. Essas características, segundo Tornquist (2007) estavam vinculadas à experiência do feminismo histórico, que no Brasil foram constituídos por abordagens sócio-educativas consideradas fundamentais para o início da libertação das mulheres. Entre os eixos de ação desses movimentos tínhamos a saúde, a sexualidade, a valorização profissional e a construção das identidades como basilares para a autonomia feminina.

### **Rehuna: marco histórico, negociações de sentido e proposições**

A Rehuna organizou-se no Brasil na década de 1990 como um desdobramento dos movimentos internacionais e vanguardistas de revisão da assistência ao parto, que iniciaram suas primeiras propostas na década de 1950 e que politizaram as questões do parto, denunciando uma assistência intervencionista, medicalizada e inibidora da participação ativa e autônoma das mulheres em seus partos.

Os primeiros movimentos voltados à organização dessa rede, reuniram profissionais de camadas médias que propugnavam mudanças na assistência obstétrica como um todo, inclusive no âmbito da saúde pública (Tornquist, 2007). A Rehuna salientava a “positivação do processo feminino do parir” (Ibidem, 2007) como uma identificação importante e um fator primordial de distinção com relação à tradição obstétrica moderna, dirigida por um olhar patológico, reprodutor e fragmentador da corporalidade feminina.

Nesse sentido, a Rehuna foi sucessora dos debates no campo da saúde da mulher iniciados ainda na década de 1980 pelos movimentos feministas, porém, como veremos adiante, incorporou outras vertentes no interior de suas reivindicações. Dentre as denúncias difundidas pela rede, central é a percepção do parto vaginal como uma anomalia por ser controlada:

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

A criação dessa rede de humanização foi iniciada a partir do encontro de profissionais de saúde que já trabalhavam diferentemente do modelo medicalizado, ou dentro do serviço público ou em ONGs e que, por isso, necessitavam organizar e redirecionar suas práticas para elaborar novas propostas de mudanças.

Médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas corporais e usuárias interessadas em discutir o modelo intervencionista de atenção aos nascimentos predominante no Brasil ou, a chamada “vanguarda obstétrica”, elaborou uma carta-documento conhecida como “Carta de Campinas” que tornou público uma série de denúncias, demandas por justiça e programas de mudanças (Diniz, 2005, p.60) que reforçavam a tese de que no Brasil há uma forte participação do movimento de mulheres e feministas no campo da saúde coletiva voltados especificamente a defesa dos direitos das mulheres.

Além disso, o documento fundador da rede divulgou dados brasileiros que o colocavam como um dos campeões mundiais de cesarianas, números que faziam da cirurgia o “método normal” de parir e de nascer no Brasil; apontou para um distanciamento simbólico das mulheres e das parteiras de suas raízes e de seus saberes e práticas milenares; denunciou os interesses que dissimulariam a decisão pela cesária, apresentou a deficiência das informações transmitidas às mulheres e o alijamento do papel de sujeito no momento do nascimento; citou os tabus corporais, a repressão da sexualidade, a subordinação e manipulação dos corpos femininos.

Ninguém informa as gestantes que as cesáreas desnecessárias lhes trazem um risco de 3 a 30 vezes maior de morrer no parto além de uma morbidade muito maior que a do parto normal. Também ninguém lhes diz que a cesárea desnecessária traz risco 13 vezes maiores de morbimortalidade para o bebê. Ninguém lhes informa ainda que o parto é tecnicamente o pior momento para a realização da laqueadura, expondo a mulher a grandes riscos. Segundo a OMS 10% é a taxa máxima de cesáreas, encontrada em serviços e países que apresentam os menores valores de mortalidade perinatal (Trecho da Carta de Campinas, documento fundador da Rehuna, 1993).

Dentre as propostas de mudanças da Rehuna, se destacam o enquadramento dos nascimentos como fenômenos existenciais, com potencial sócio-cultural crítico e de dimensões interpessoais e subjetivas. A rede também incentivou à busca pela autonomia

feminina no parto, a obtenção do poder de escolha da mulher no que diz respeito à assistência médica e a necessidade de uma revalorização cultural dos nascimentos em nossa sociedade, sem com isso abdicar de um conhecimento técnico sistematizado. A antropóloga Tornquist (2007), estudiosa da rede, verificou que esse movimento, incluía em seu interior duas importantes e diferentes vertentes que negociavam sentidos, disputando os significados da constituição identitária da Rehuna. A primeira delas foi chamada pela autora de vertente alternativa e a segunda de vertente biomédica.

A vertente alternativa continha elementos do ideário feminista e do ecologista; procurava evidenciar a positivação dos processos femininos do parir e inculca no movimento valores como liberdade, escolha e desejo. Já o modelo biomédico, que essencializava e biologizava o gênero, trazia em seu bojo uma discussão crítica da medicina tradicional e propunha que as “novas” práticas obstétricas deveriam pautar-se pela Medicina Baseada em Evidências.

A Medicina Baseada em Evidências, um importante arauto de legitimação para os grupos de humanização do parto, surgiu no final da década de 1970 através de um comitê europeu composto por médicos, epidemiologistas, sociólogos, parteiras e usuárias pesquisadores das intervenções que diminuiriam a morbimortalidade materna e perinatal durante os nascimentos. Logo, seus trabalhos revelaram uma ausência de consenso sobre os melhores procedimentos obstétricos, que variavam entre os profissionais de diversas localidades geográficas.

Os altos custos de uma assistência medicalizada e a ineficácia dos métodos utilizados para a melhoria dos índices de saúde deram início a um movimento crítico que desenvolveu novas metodologias de revisões sistemáticas das práticas obstétricas revelando a insegurança, a falta de bases científicas e o “papel do poder econômico e corporativo na definição das políticas, no desenho e no financiamento das pesquisas médicas” (Diniz, 2005, p.57).

A MBE traz a tona, por um lado, uma forte defesa ligada aos direitos dos pacientes e, por outro, a unificação entre dois métodos científicos separados historicamente em duas correntes da medicina: os estudos epidemiológicos, que avaliam a eficácia dos tratamentos através da análise estatística e a experiência clínica dos médicos, que verificam na prática as boas condutas e tratamentos. Essas duas abordagens foram, segundo Correia (2012), por muito tempo tratadas separadamente pela medicina moderna que, mesmo associando pesquisas em grandes amostras com a racionalidade clínica, ainda hoje permanece dicotômica e com bastante dificuldade em aplicar os avanços tecnológicos sem sobrepujar o paciente.

Outro mecanismo de inibição da Medicina Baseada em Evidências é o fato de que todo progresso tecnológico ativa a nossa mente cartesiana e a ideia de que a mera aplicação da tecnologia, do tratamento novo, do exame novo, do novo procedimento fará bem ao paciente. Nesse caso, os médicos se esquecem de procurar saber se a nova tecnologia de fato traz benefício clínico (Comentário de um médico ao artigo de Correia, 2012).

Assim, vemos que a mera aplicação dos conhecimentos científicos não garante uma boa prática médica. Esta, sugere Correia, deve estar pautada por uma reflexão que busca uma síntese entre os saberes práticos e teóricos. É no relacionamento com os pacientes que se descobrirá o melhor tratamento. No entanto, essa postura de maior disponibilidade médica pressupõe uma relação menos hierárquica com quem é atendido, fato bastante controverso no campo da medicina e com implicações ligadas ao exercício de poder.

Esta dicotomia (cisão), entre MBE e a experiência clínica ou pessoal do médico, penso que se dá por medo. Medo (talvez inconsciente) de perder o poder que lhe foi conferido. É claro que se trata em última análise, de questões egocêntricas. A dificuldade (resistência) talvez esteja na percepção de que a inclusão do raciocínio epidemiológico irá de fato, reordenar o pensamento a um nível de maior complexidade. Há um temor de perder o que se tem como paradigma, como segurança. Incluir o novo amplia o sistema de crenças e paradoxalmente nos coloca sim, em um lugar de maior poder. Este poder que passa agora a ter outra qualidade (Comentário de uma médica ao artigo de Correia, 2012).

Apesar da vertente biomédica ser considerada distinta do *ethos* alternativo no interior na Rehuna, em decorrência de sua agenda de encontros, congressos e reuniões, aos poucos, ambas as perspectivas começaram a se imbricar e a se complementar. Passaram ao reconhecimento de que elementos do pensamento contracultural como a ligação com a natureza, à crítica à intervenção e a medicalização, estavam indo ao encontro das convenções médicas, dos estudos da Medicina Baseada em Evidências e dos preceitos da Organização Mundial de Saúde.

Esse movimento de maior partilha se deu em duas direções: assim como características substanciais da vertente alternativa penetrou a reflexão biomédica, esta também enriqueceu o debate alternativo incorporando-se a ele e dando-lhe os subsídios necessários à sua reprodução e legitimação. Essa “fusão de *ethos*” e de “matrizes discursivas”, nos dizeres de Tornquist (2004), foi modificando o perfil inicial da rede, que passou de um modelo informal e comunitário, para outro, com características científicas e acadêmicas, que foram se consolidando e permanecem nos contornos da Rehuna até hoje.

Com o passar dos anos, a Rehuna ampliou o número de seus adeptos e em 2003 contava com 260 sócios, incluindo alguns coletivos e ONGs. Hoje, a rede mantém uma parceria com os profissionais da área, as parteiras, as *doulas*, os estudantes e os simpatizantes em geral. Deste o surgimento da rede, muito outros grupos também se formaram principalmente organizados de forma independente por mulheres de todo o Brasil. Alguns deles são: o Materna, o Parto Nosso, as Amigas do parto, as Mães empoderadas, a Parto do Princípio, a Vila Mamífera, entre outros.

Deste momento em diante, uma grande e complexa comunidade ligada ao parto humanizado no Brasil se constituiu. Formadas principalmente por mulheres das camadas médias, esses novos grupos ampliaram as perspectivas do movimento de humanização do parto como um todo, acentuando as iniciativas pessoais e institucionais, inspirando políticas públicas e se tornando o que Diniz (2005) nomeou de “uma novidade política de enorme potencial de mudança”. Além das parcerias, o movimento de humanização do parto, ao expandir-se, também se deparou com novos conflitos, divergências e uma infinidade de significados atrelados aos sujeitos e suas demandas. O próprio termo humanização hoje possui muitas conotações, não só no âmbito da assistência obstétrica, mas para o campo da saúde como um todo.

### **A multiplicação das redes: os exemplos das Amigas do parto (2001) e da Parto do Princípio (2005)**

Desde o surgimento da Rehuna (rede nacional pela humanização do parto e do nascimento), passaram a existir inúmeras ramificações desse ideário em diversos subgrupos localizados em diferentes cidades do Brasil. Associada a essa rede e também à luta feminista tivemos a expansão da ideia de direitos sexuais e reprodutivos que buscava, além de politizar as questões de âmbito privado, debatê-los publicamente, a fim de incorporá-los aos temas da humanização do parto. Das organizações de mulheres que surgiram após a fundação da Rehuna, as Amigas do parto, de 2001, são uma fundamental referência dentro do movimento de humanização. Por meio de um *site*<sup>38</sup>, criado por três mulheres, duas delas também atuantes em um grupo paulistano denominado GAMA (Grupo de apoio à maternidade ativa), são reunidos um *corpus* bastante completo sobre diversos temas relacionados ao parto, a assistência obstétrica e a maternidade com um todo.

---

<sup>38</sup> Todas as informações sobre as características e a atuação das Amigas do Parto foram retiradas do site: [www.ongamigasdoparto.com](http://www.ongamigasdoparto.com).



Uma das coordenadoras do grupo é obstetriz pela Universidade de São Paulo e também uma grande referência para o movimento de humanização; participa de palestras, eventos, debates, entrevistas e está sempre presente nas redes sociais e nos grupos virtuais aconselhando mulheres e ajudando-as a elaborar denúncias ao Ministério Público para os casos considerados de violência obstétrica. As outras fundadoras do grupo são psicólogas, *doulas* e dedicam mais sua atenção ao período do pós-parto, o puerpério.

Todas são mães e utilizam-se desse papel para qualificar suas posições com relação ao parto. Afirmar-se como mãe (mesmo esta sendo uma categoria múltipla), parece-nos um atributo positivo de divulgação para que haja um elemento de identificação e de legitimação na relação com outras mulheres. De alguma maneira, todas atuam pessoalmente ou indicam profissionais considerados aptos a realizar acompanhamentos gestacionais, partos humanizados, domiciliares e aconselhamentos em casos de traumas ligados a partos anteriores.

As Amigas do Parto, segundo elas próprias, estão comprometidas com a divulgação de informações a partir de um seletivo conhecimento produzido sobre parto e maternidade, no Brasil e fora dele. Sua grande lista de indicações bibliográficas, textos científicos, médicos e antropológicos, indicam a necessidade de uma “simplificação” dos processos do nascimento. Em contrapartida, elas pretendem elaborar uma visão culturalmente nova do parto, como um fenômeno biopsicossocial, dotado de força e poder de transformação para as mulheres, mais do que uma prática exclusivamente médica (embora elas sejam muito cuidadosas ao afirmar que em casos específicos a intervenção médica seja fundamental).

Seus textos trazem aspectos ideológicos sobre a posição das mulheres em momentos históricos distintos e chamam a atenção para o parto como um importante momento para a retomada dos papéis femininos sobre as suas próprias capacidades fisiológicas e sociais. Enfatizam a necessidade da “escolha” e do “preparo” para a maternidade (gestação, parto, amamentação), tornando-a uma experiência central e “profundamente transformadora” e não somente “um pequeno complemento para a mulher moderna” (Site [www.amigasdoparto.com.br](http://www.amigasdoparto.com.br), acesso em abril de 2014).

Nas mensagens transmitidas virtualmente, as Amigas do Parto falam diretamente para cada mulher que as lê; utilizam-se, por um lado, um discurso direto e individualizado, que singulariza cada mãe e por outro lado, apresentam dados estatísticos e evidências de que o parto hoje em dia não se caracteriza como de domínio feminino, mas sim de âmbito médico. Assim, ao que nos parece, o discurso que subjaz as ideias apresentadas pelas Amigas do Parto

colocam-se em confronto com as práticas da medicina, desde a sua criação até os tempos atuais. Isso porque a medicina salienta os riscos e a debilidade do corpo feminino e, por isso, está associada, dentro do movimento de humanização do parto, ao olhar masculino sobre o corpo da mulher.

Segundo Brenes (1991) “a entrada dos médicos-parteiros na prática [obstétrica] inaugurou, não só o esquadramento do corpo feminino, como também a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino” (1991, p.135). Nesse sentido, as reivindicações no âmbito da humanização do parto estão amparadas pelas lutas feministas, já que, como pano de fundo para as reivindicações no campo da saúde da mulher, do respeito à fisiologia corporal e da percepção de que os ciclos reprodutivos são parte de sexualidade das mulheres, estão as pesquisas de gênero que revelam relações desiguais entre homens e mulheres. Tais estudos e sua apropriação pelos movimentos de mulheres e movimentos feministas já eram bastante consolidados no Brasil quando as suas bases teóricas foram alinhadas aos grupos pela humanização do parto e do nascimento.

Atualmente, o grupo informal Amigas do Parto se diluiu abrindo espaço para a ONG Amigas do Parto, de 2003. Como ONG o grupo passou a oferecer serviços, produtos, cursos, palestras e atendimento, tanto para as usuárias interessadas em partos domiciliares e na contratação de uma *doula*, quanto para os profissionais ligados à saúde e que pretendem se especializar alinhando-se aos valores da humanização do parto. Em parceria com as *doulas* e outros grupos de âmbito regional, a ONG aceita filiações de todo o país mediante uma taxa de adesão anual que garantirá descontos e outros benefícios relacionados à participação nos eventos ofertados. Ao tornar-se ONG, perdeu parcialmente sua característica de movimento social, mas ganhou contornos de uma organização que trabalha para promover uma maior circulação de saberes entre diferentes profissionais e mulheres.

De nosso ponto de vista, a alteração na configuração do grupo, de movimento social para ONG, não retira seu caráter de resistência, de questionamento e de formulador de outras propostas, já que mantém uma postura questionadora com relação ao modelo de assistência ao parto atual. Nesse cenário, é possível perceber que o tema da atuação feminina no parto é o ponto de partida para que outros temas sejam propostos e debatidos, ligando-os a projetos sociais mais amplos.

A discussão sobre o parto humanizado passa a estar atrelada à ideia de respeito à individualidade, às convicções pessoais, a diferença entre as mulheres, ao exercício de direitos, a ética profissional, etc. Assim, esses grupos organizam uma demanda real de

mulheres insatisfeitas com o tratamento que recebem durante o nascimento de seus filhos e que não possuem um espaço institucional para atuar, ou seja, “as ONGs vêm cumprir um papel histórico – ainda que num cenário perverso – na medida em que ocupam lacunas deixadas a descoberto pelo Estado e que não chegam a ser assumidas pelo poder público” (Tornquist, 2001, p.147).

Desde a mudança de gestão, modificações valorativas no perfil da ONG foram incorporadas. Uma abordagem multidisciplinar com um viés psicológico foi incorporada ao ideário da ONG pelo fato de a nova idealizadora ser psicoterapeuta yunguiana, o que acrescentou outras características ao grupo. Se com o grupo informal predominava o *ethos* feminista, na ONG prevalece o *ethos* psicológico. Vejamos como a ONG, nesse novo formato, descreve o movimento de humanização do parto:

A ONG Amigas do Parto faz parte do amplo e diversificado movimento pela humanização do parto. Entendemos a humanização como um processo de amadurecimento e conscientização pessoal e profissional, que envolve mulheres e profissionais de saúde e que repercute em relações éticas, cidadãs e educativas. Atuamos para empoderar as mulheres em seu processo de retomada da maternidade em suas mãos. Damos suporte e informação para o desenvolvimento de uma atitude participativa e consciente durante a gestação, parto e puerpério - o que se reflete num parto e numa maternidade ativos. Encorajamos a autonomia e a independência de juízo e promovemos o parto melhor para cada mulher em sua específica condição psico-social, no respeito da fisiologia do parto, das Recomendações da OMS e das evidências científicas (Site [www.ongamigasdoparto.com](http://www.ongamigasdoparto.com) acesso em abril de 2014).

Outro grupo que iniciou os seus trabalhos como uma rede de mulheres e que hoje também se configura como ONG é a Parto do Princípio – mulheres em rede pela maternidade ativa<sup>39</sup> – de 2005. Um ano antes da formação desse grupo, o governo federal brasileiro, a Organização das Nações Unidas (ONU) e diversos líderes mundiais firmaram um pacto<sup>40</sup> e geraram um documento chamado *Declaração do Milênio das Nações Unidas*, com objetivos que deveriam ser cumpridos no decorrer do século XXI.

Dentre as metas, em privilegiado quinto lugar, há um tópico específico sobre a saúde das gestantes, que, na ocasião, previa uma redução significativa da mortalidade materna até 2015 (proposta não alcançada). O Ministério da Saúde pretendia incorporar estratégias de redução dos custos da saúde pública diminuindo o número de cesarianas consideradas

---

<sup>39</sup> Dados retirados do site [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br), acesso em Abril de 2014.

<sup>40</sup> Lançado em 08 de março de 2004, o pacto compreende 22 ações estratégicas. A redução das taxas de cesarianas desnecessárias é a 12°. Para ver o pacto completo: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br).

desnecessárias, por meio de uma política pública que estimularia financeiramente os hospitais e os médicos que aderissem ao programa<sup>41</sup>.

Nesse contexto e também sob o enfoque feminista, a organização Parto do Princípio associou o parto humanizado ao protagonismo das mulheres e a uma postura diferenciada com relação à maternidade, considerando que os domínios corporais e a centralidade feminina durante a gestação, parto e pós-parto teriam sido perdidas quando o nascimento deixou de ser um assunto doméstico para se tornar um evento médico-hospitalar.

Nesse sentido, temos que considerar o trabalho de alguns grupos regionais vinculados a Parto do Princípio e que, ao propor o parto domiciliar planejado às mulheres, procuram muito mais do que o retorno a um passado em que ele era uma prática comum. Muitas pesquisas associam essa modalidade de parto a uma “revalorização do ambiente doméstico e das relações humanas e sociais que pode propiciar um nascimento” (Souza, 2005; Feyer; Monicelli; Knobel, 2013). Dessa forma, a rede surgiu como uma demanda feminina que, por meio de listas e discussões virtuais, formaram uma nova rede de mulheres também alinhada com o movimento de humanização do parto.

A Parto do Princípio é formada por mais de 300 mulheres em 22 estados brasileiros que trabalham voluntariamente produzindo e divulgando conhecimentos sobre a gravidez, o parto e a maternidade. Pautadas pelas indicações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da saúde, do movimento de humanização e das evidências científicas, o grupo preenche uma lacuna no campo das políticas públicas, amplamente recomendada por programas governamentais brasileiros<sup>42</sup>, porém ainda pouco expressivas na realidade obstétrica do país, segundo as envolvidas.

Parto do Princípio é uma rede formada essencialmente por mulheres. Mulheres que gestam, mulheres que parem, mulheres que pensam. Mulheres que creem em seu direito e, acima de tudo, em sua capacidade de tomar para si as decisões a respeito de seus corpos, de sua saúde, de suas vivências (Site [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br) – texto de apresentação acesso em abril de 2014).

---

<sup>41</sup> Em 2011, surge o programa Rede cegonha, política pública que estimula e bonifica hospitais que incorporam suas diretrizes e valores. Pensado a partir dos movimentos sociais, seus conteúdos são coerentes com as propostas da humanização do parto, mas seu alcance é restrito e sofre ampla resistência da categoria médica.

<sup>42</sup> Desde 2003, o Ministério da saúde divulga diversos materiais às instituições hospitalares brasileiras, direcionados aos profissionais da saúde, que apresentam novos parâmetros de assistência obstétrica pautados em uma reflexão acerca das experiências internacionais, da medicina baseada em evidências científicas e da necessidade de uma educação para o parto, na qual tanto as mulheres como os bebês serão vistos como sujeitos de direitos durante a experiência do nascimento.

Os conteúdos divulgados pela rede, assim como no caso das Amigas do parto, passam por formações identitárias múltiplas, detentoras de discursos que nem sempre podem ser percebidos como coerentes ou uníssonos. Cada discurso elaborado pela rede fala com um interlocutor específico que pode ser: as gestantes, as mulheres em geral, os médicos, os homens, as *doulas* etc. Dentre as possibilidades identitárias encontradas na rede Parto do Princípio temos um discurso de valorização do corpo feminino e do parto com um poder ligado à “natureza”. Tal discurso alude ao resgate de práticas consideradas mais naturais quanto ao tratamento do corpo e a um instinto/intuição que é retratado como ausente em parte das mulheres de hoje em dia.

Além da reiterada oposição que a rede estabelece com relação ao campo da medicina obstétrica atual, as mulheres envolvidas também mencionam a existência de uma “essência feminina” e uma “ação instintiva” que diz respeito ao parto e a sua fisiologia. No entanto o apelo à natureza não é pensado de forma dicotômica com relação à cultura. Os discursos desses grupos ressaltam o quanto a “natureza” ou “essência” do parto é transpassada por valores simbólicos e históricos. Afirma-se, então, a necessidade de um “resgate” do corpo feminino e dos processos relacionados ao parto e a maternidade como um todo.

Distanciando-se do argumento inicial dos movimentos feministas, que consideravam a maternidade um fator crucial para a opressão das mulheres, os adeptos do parto humanizado afirmam o poder feminino justamente a partir desses papéis. Dessa forma, é construída a ideia de empoderamento, termo que possui um caráter relacional e contrastivo, feito para questionar uma visão médica do parto culturalmente dominante. Nesse discurso, o sistema médico, tal como foi estruturado, retira o poder das mulheres durante os seus partos, expropriando-as de seus corpos e das decisões referentes a ele.

Temos como objetivo principal a retomada, pela mulher, do protagonismo de seus processos de gestação, parto e pós-parto. Somos, a priori, uma rede que busca resgatar o direito de cada mulher ao que chamamos escolha informada: obter informações, tomar decisões conscientes com base nas informações obtidas e, finalmente, assumir responsabilidade sobre as decisões tomadas. Encaramos a gestação, o parto e a amamentação como processos naturais, fisiológicos, instintivos, carregados de significado e beleza, e nos quais a mulher pode e deve assumir o papel de protagonista. Assim sendo, valorizamos infinitamente o direito de cada mulher a vivenciá-los de forma inteira, consciente, empoderada, e nossa luta é para que toda mulher que assim o deseje tenha essa oportunidade (*Site [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br) acesso em abril de 2013*).

O poder do conhecimento médico é reiterado por meio do não acesso, pela paciente, às informações corretas sobre o que está ocorrendo com o seu corpo. O desconhecimento de todos os momentos de um trabalho de parto e do próprio parto permite que as instituições

médicas manipulem a mulher segundo suas próprias regras (Notas de trabalho de campo, outubro de 2013).

Segundo Tornquist (2002; 2007), a vertente ecológica que integrou o ideário da Rehuna realizou uma crítica ao modelo tecnocrático de parto propagado pela medicina. Essa vertente, que se constrói pela distinção ao “modo de vida ocidental”, reclama o abuso das técnicas sobre processos vistos como “naturais”, afirmando a necessidade de “retorno a uma vida mais natural” (2002, p.487). Na rede Parto do Princípio, também podemos encontrar evidências desses valores ecológicos, que almejam “positivizar” os processos fisiológicos do parto, sem deixar de lado a necessidade de mudanças estruturais, culturais e sociais mais amplas para que ocorra a “retomada” feminina desses processos.

A rede Parto do Princípio atua sob uma perspectiva claramente política. Dentre as proposições associadas a essa dimensão está:

a) A ênfase na busca pela inteireza dos direitos sociais das mulheres em temas ligados à sua saúde (concepção, parto e aborto) e a tomada de decisão sobre o que deve ou não ocorrer em seus corpos;

b) A disposição em fazer circular conhecimentos fidedignos sobre as evidências científicas em obstetrícia para as pessoas interessadas;

c) A divulgação de leis que amparam as mulheres durante o processo do nascimento, como é o caso da lei do acompanhante (lei 11.108 de 2005) e a lei de vinculação da gestante à maternidade que irá atendê-la (lei 11.634 de 2007);

d) A promoção do acesso, através o site da ONG aos mecanismos de defesa caso haja o descumprimento de direitos como, por exemplo, através do encaminhamento de denúncias para amparar juridicamente as mulheres que declaram ter sofrido algum tipo de violência no parto;

e) A Parto do Princípio realiza denúncias ao Ministério Público Federal sobre o abuso de cesarianas mediante consultas públicas à população. “Após duas audiências públicas no MPF, uma em 2007 e outra em 2014 com participação maciça das ativistas do movimento de mulheres, o Juizado Federal iniciou uma ação civil pública para que a ANS exerça seu papel de regulador do sistema suplementar de saúde. A Parto do Princípio reconhece que mulheres, especialmente no setor suplementar de saúde, são pressionadas a realizarem cesarianas agendadas com indicações clínicas duvidosas, aumentando os riscos para a mãe e para o bebê, como foi comprovado recentemente na pesquisa *Nascer no Brasil*” (Fiocruz, 2014).

f) a organização de abaixo-assinados, manifestações e elaboração de documentos sobre casos manifestos de violência obstétrica para serem destinados a órgãos públicos federais. Em 2013 houve a inclusão de uma pauta da rede Parto do Princípio em um documento no Senado Federal (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito).

(...) a CPMI também recebeu o Dossiê “Parirás com Dor”, da ONG Parto do Princípio. A violência no parto é uma realidade grave no Brasil, conforme atesta pesquisa da Fundação Perseu Abramo, (organizada pelo sociólogo da USP Gustavo Venturini) que revelou que uma em cada quatro mulheres (25%) declarou já ter sofrido violência no parto, com destaque para exame de toque doloroso (10%); negativa para alívio da dor (10%); não explicação para procedimentos adotados (9%); gritos de profissionais ao ser atendida (9%); negativa de atendimento (8%); e xingamentos ou humilhações (7%). Ainda cerca de uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional algo como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%). Estas atitudes, dentre outras, caracterizam as diversas formas da violência obstétrica: física, psicológica, institucional, sexual, material (cobranças indevidas) (Perseu Abramo/SESC, retirado do *site* do Ministério Público, acesso em julho de 2013).

Todas essas reivindicações demonstram uma clara finalidade política incorporada à identidade do grupo.

O dossiê “Parirás com dor” foi escrito por um grupo de mulheres representantes da rede Parto do Princípio com o interesse de evidenciar os problemas encontrados no cenário da assistência obstétrica atual. Dentre os pontos destacados no dossiê, tivemos na violência contra a mulher um mote para as inúmeras conflagrações de desrespeito durante a assistência ao parto como, por exemplo, o uso de práticas coercitivas (ameaças inexistentes de risco ao bebê para a indução de uma cesariana), ilegais (realizar a episiotomia<sup>43</sup> sem o consentimento da mulher, proibição do acompanhante), constrangedoras (raspagem dos pelos pubianos, uso de laxativos), invasivas (ruptura da bolsa, exames de toque frequentes) e que negligenciam as mulheres por meio de um tratamento regulado pelo poder institucional e representado pela equipe médica dentro do hospital.

Consonante com a teoria feminista da segunda fase (diferencialista) e a da terceira fase (relacional), os estudos de gênero têm dentre os seus objetivos principais ampliar as identidades femininas e aumentar seus campos de possibilidades para além das determinações biologizantes (Scavone, 2004, p.18). Nesse mesmo caminho o movimento de humanização do parto posiciona-se de forma contestadora a uma possível lógica patriarcal no âmbito da saúde.

---

<sup>43</sup> A episiotomia, de acordo com as evidências científicas e a OMS, não é recomendada como uma rotina hospitalar, ou seja, não é necessária para a maioria das mulheres. Não obstante, em todos os partos normais realizados no SUS é realizada a episiotomia.

Outra característica do movimento de humanização do parto e, conseqüentemente da rede Parto do Princípio, diz respeito à apropriação das evidências científicas como base de diálogo e como fonte de credibilidade para suas reivindicações. Nesse sentido, embora haja comumente uma exaltação das “forças da natureza”, do “instinto feminino” e da necessidade de um “resgate” dos saberes do passado, conjuntamente, as mulheres vinculadas ao ideário desses grupos, talvez para que não sejam tomadas por retrógradas ou anacrônicas, acessam em suas narrativas e argumentos conhecimentos científicos, tais como os advindos da biblioteca Cochrane<sup>44</sup> e dos Manuais<sup>45</sup> divulgados no Brasil, com o intuito de garantir a legitimidade de suas reivindicações e práticas:

É importante ressaltar que nossos ideais e valores não se baseiam apenas em verdades ou crenças pessoais, mas em evidências científicas, parâmetros médicos e diretrizes determinadas por organizações de credibilidade mundial, como a OMS (Organização Mundial da Saúde). Entretanto essa não é a essência de nosso estilo de atuação. Deixamos que falem mais alto nossos corações de mulher, de gestante, de mãe. Acreditamos, acima de tudo, em sua sabedoria e em sua capacidade de, melhor do que ninguém, dizer o que deve ser dito (*Site [www.partodoprincipio.com.br](http://www.partodoprincipio.com.br)* acesso em abril de 2013).

É interessante salientar que a abordagem dos conteúdos identitários dessas redes femininas e/ou feministas, identificadas com o movimento da humanização do parto pode ser bastante complexa. O olhar pelo prisma das identidades não pretende estabelecer se há uma coerência interna dos saberes mobilizados. Antes disso, pretende apresentar o processo construtivo (permeado por intenções e interesses), a fluidez, o dinamismo e a pluralidade dos discursos existentes nos movimentos sociais contemporâneos.

Para além das discussões virtuais, a Parto do Princípio criou a possibilidade de formação de grupos presenciais, vinculados ideologicamente à rede, a fim de pulverizar localmente as suas ideias e práticas. Os chamados GAPP – Grupos Apoiados pela Parto do Princípio – são o resultado de manifestações locais de mulheres e casais que sentiram a necessidade de obter informações sobre os significados de um parto humanizado, principalmente por não se identificarem com as opções oferecidas institucionalmente.

Os GAPPs foram pensados também com base na percepção de que disponibilizar conhecimentos, tirar dúvidas e efetuar a indicação de uma equipe humanizada não seria o bastante para concretizar objetivos mais amplos e transformadores. Somente a divulgação não

---

<sup>44</sup> A biblioteca Cochrane são estudos sistemáticos da Medicina Baseada em Evidências que estabelecem protocolos de conduta médica, pautados por provas concretas, experimentais e estudos abrangentes de aplicabilidade, segurança, eficácia e eficiência nos tratamentos médicos.

<sup>45</sup> Por exemplo, o Manual *Parto, Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher*. Brasília, Ministério da saúde, Febrasgo e Abenfo, 2003.



geraria o impacto e o alcance desejados, já que, segundo a rede, outras influências culturais como o discurso do médico, da família e da sociedade ainda faziam-se predominantes no decorrer dos processos de gravidez.

Para que as mulheres brasileiras, inseridas em uma cultura cesarista dominante, consigam realizar as mudanças individuais necessárias para terem partos ativos, elas devem desenvolver autonomia e autoconfiança durante a gestação e precisam de apoio emocional em suas comunidades. E esse é o papel do grupo de apoio ([Site www.partodoprincipio.com.br/redegapp](http://Site www.partodoprincipio.com.br/redegapp), acesso em maio de 2013).

Assim, para ser um GAPP é necessário primeiro estar alinhado aos valores da rede. Depois, organizar um grupo e oferecer reuniões gratuitas e periódicas a fim de promover discussões sobre gravidez e parto amparadas pelas evidências científicas e com base no incentivo ao parto humanizado, ao trabalho das enfermeiras obstetras, obstetrites, parteiras e *doulas*. Através dessa articulação entre profissionais de saúde, *doulas* e uma quantidade significativa de mulheres e casais, podemos observar os sentidos de um movimento que aspira tanto um tratamento respeitoso no parto, quanto, a valorização do posicionamento das futuras mães enquanto sujeitos participativos socialmente.

Nesse sentido, a propagação do movimento de humanização do parto, que atinge muitas cidades brasileiras e mais fortemente os grandes centros, permanece crescente principalmente entre o público das chamadas “camadas médias urbanas” (Velho, 2013, p.12). Esses grupos criticam a despersonalização da experiência do parto e o desrespeito as escolhas que o envolvem. São esses os motivos que fizeram surgir em Maringá, desde 2003, mobilizações por “novas formas de parir” e de “maternar”.

### **Grupo Maternati: a presença em Maringá do movimento de humanização do parto**

O Grupo Gesta, precursor do Grupo Maternati em Maringá, foi idealizado em 2003 como resposta aos apelos de mulheres que, virtualmente, manifestaram a necessidade de obter o atendimento de uma *doula* durante sua gestação. Uma educadora perinatal e ativista, recém-formada *doula*, ao trabalhar como voluntária na enfermagem pré-parto do SUS, na Santa Casa de Maringá, começou a publicar suas experiências em um diário virtual chamado “A bolsa da *doula*”.

Desde então, muitas gestantes começaram a procurá-la com a intenção de conhecer o ofício de *doulagem* e de obter atendimentos para os partos que ocorriam também através da rede privada (Notas de pesquisa de campo). Em 2006, a *doula* organizou o primeiro encontro

de gestantes em Maringá para falar sobre o movimento de humanização do parto e também sobre a atuação dessas “novas” profissionais. Assim, formou-se o primeiro grupo apoiado pela Parto do Princípio (GAPP) na cidade de Maringá, que recebeu o nome de Grupo Gesta. Nesta ocasião, o grupo também iniciou seus trabalhos de forma presencial, já que suas discussões pela internet só cresciam, incluindo cidades como Cascavel, Foz de Iguaçu, Londrina, Curitiba e Maringá (Dados retirados de [www.abolsadadoula.blogspot.com.br](http://www.abolsadadoula.blogspot.com.br), acesso em agosto de 2012).

Durante muitos anos, o Grupo Gesta assumiu uma importante atuação na cidade, alicerçando uma visão diferenciada com relação à assistência ao parto e organizando profissionais convergentes com os ideais da humanização, além de mulheres interessadas ou acolhidas pelo grupo. Neste período também se formou a primeira equipe habilitada e disposta a fazer partos domiciliares na cidade. A equipe era constituída por uma enfermeira obstétrica, duas *doulas* e tinha o apoio de uma professora de enfermagem obstétrica, antiga parteira na cidade e que já não atuava devido à sua carreira acadêmica. Juntas, elas realizaram alguns partos domiciliares e acompanharam mais de uma dezena de partos hospitalares naturais (sem intervenções) ou normais (com intervenções). (Dados de caderno de campo e entrevistas realizadas em outubro de 2013).

Uma das mulheres que frequentou o Grupo Gesta foi Lívia que, conduzida por sua vontade de ter uma *doula* durante o parto, após o nascimento de seus dois filhos, sentiu-se interessada em ampliar o seu contato com o universo da humanização, por isso, também resolveu fazer o curso de *doula*:

A partir do nascimento dos meus filhos eu comecei a sentir vontade de estar com essas mulheres, de conversar com elas e foi aí que eu resolvi fazer o curso de *doula*. Tem outra questão também, eu fui conhecendo como era a assistência obstétrica aqui na cidade e tive vontade de alertar outras mulheres e de desenvolver mais o lado militante. Depois eu tive que escolher. É importante a militância, mas, para ser *doula*, não dá para manter os radicalismos, pois a afeição e o apoio são mais importantes. Para ser *doula*, eu resolvi voltar para o curso de psicologia que eu havia trancado. Como as transformações que envolvem o nascimento são muito emocionais, então eu achei importante ter essa bagagem da psicologia (Lívia, psicóloga e *doula* do Grupo Maternati, entrevista de 22/08/2013).

Esse é um fato recorrente dentro do projeto de humanização do parto; muitas mulheres que buscaram e vivenciaram o parto humanizado continuam envolvidas com seus valores e práticas mesmo após a realização do próprio parto. Pesquisas indicam (Castro, 2014) que há um processo de renovação constante do movimento realizado pelas mulheres envolvidas. Muitas delas, após o parto, tornam-se *doulas* ou enfermeiras obstétricas, vinculam-se a grupos locais

de incentivo à amamentação e parto natural ou realizam serviços ligados ao chamado “empreendedorismo materno”.

Passado um tempo e alguns atendimentos como *doula*, Lívia foi procurada pela fundadora do Gesta para assumir o grupo e as suas rodas de conversa presenciais, que aumentavam suas demandas a cada encontro. Nesta época já estávamos em campo realizando a observação participante e pudemos ver essas primeiras mudanças serem esboçadas. A *doula* que fundou o Gesta, grupo que perdurou por quase dez anos na cidade, chegou a participar de alguns encontros com a nova formação, porém logo se afastou para cuidar de outros interesses<sup>46</sup>.

Ainda se chamando Grupo Gesta, a nova formação recebeu o auxílio de mais uma psicóloga, Milena, que dividiu a coordenação com Lívia desde meados de 2013 até o final desse mesmo ano. No ano seguinte, as duas profissionais decidiram modificar o perfil do grupo e, visando uma maior autonomia, desvincularam-se do Grupo Gesta para iniciar o processo de construção de um novo grupo. Dessa ruptura foi criado o Grupo Maternati, que em maio de 2013 realizou seu primeiro encontro (Notas de campo realizadas em maio de 2013).

Segundo relatos das organizadoras, a formação profissional adquirida e a vontade de tornar a atuação como *doula* um trabalho mais amplo e permanente, inspirou a necessidade de iniciar “um novo trabalho”, livre e independente da história do Grupo Gesta. A princípio, a “medida estratégica” para a criação do Maternati era retirar o seu *ethos* original de militante, com o qual não se identificavam e que, segundo elas, não se “harmonizava com as características fundamentais do trabalho das *doulas*”, ou seja, o aconselhamento, o acolhimento emocional, o respeito às escolhas, a afetividade e a ênfase no posicionamento de não falar em “nome das mulheres” (Notas de campo, outubro de 2013).

O Maternati é um GAPP, mas nós não temos uma identificação total com nenhuma rede de mulheres. Nós estamos buscando uma linha de atuação própria, com características próprias. O Maternati está procurando fazer o que é possível ser feito em Maringá; nós vemos muitos grupos pelo Brasil trabalhando com as gestantes, as mães, as crianças e eles se tornam uma inspiração para nós. Todos eles têm aspectos comuns, como a humanização do parto, mas também tem as suas diferenças; nós do Maternati não temos uma postura ativista de levar cartazes no hospital ou de confrontar a equipe médica, porque acreditamos que assim vamos encontrar mais barreiras do que espaços para trabalhar e negociar. Até por ser um grupo novo, ainda estamos elaborando as nossas características, mas, por representar reivindicações de

---

<sup>46</sup> Segundo conversas informais que tivemos com a coordenadora do Gesta, o afastamento com relação ao tema humanização foi decorrência de uma intensa dedicação que, apesar de ter rendido frutos significativos, promoveu poucas mudanças na realidade assistencial da cidade, pois os índices de cesarianas permanecem altos. Segundo ela, já era o momento de dedicar-se a outros assuntos.

mulheres, temos muito em comum com os outros movimentos (Milena, psicóloga e *doula* do Grupo Maternati, entrevista de 03/10/2013).

Segundo Fleischer (2005), as *doulas* assumem o papel de transmitir noções ligadas aos direitos das mulheres no parto, por exemplo, deixar clara a importância de um acompanhante de escolha da mulher durante todo o trabalho de parto. O acompanhante, segundo elas, é uma testemunha importante para os casos de violência obstétrica; as *doulas* também ajudam na percepção dos elementos simbólicos dessa violência.

Nesse sentido, a *doula* não “convence” a mulher a ter parto natural militando um discurso impositivo. Quando é procurada pela gestante, a *doula* faz o intermédio entre “outras possibilidades” de serviços de saúde e a mulher e, portanto, estabelece uma relação de confiança com ela. Deste momento em diante a *doula* participa de todo o processo de parto dessa mulher, indicando profissionais, transmitindo saberes, tirando dúvidas, encorajando, inclusive quando a cesárea é necessária. Com isso, elas reafirmam que o parto não é do campo dos médicos, dos hospitais e da tecnologia, mas sim das mulheres.

A *doula* não deve ‘representar’ ou ‘falar pela’ parturiente, pois, segundo elas [as *doulas*], isto seria inconsistente com os princípios feministas que pautam seu trabalho e incentivaria uma tensão com a equipe médica, o que deve ser evitado ao máximo, como sempre repetiam (Fleischer, 2005, p14).

A vontade de estar com mulheres e de alertá-las sobre os problemas relacionados à assistência médica aos partos foi outro forte motivo para as *doulas* assumirem a coordenação do Grupo. Ambas haviam realizado estágios voluntários em hospitais da cidade, e, ao mesmo tempo em que foram conhecendo melhor a realidade dos atendimentos, começaram a se aproximar daqueles profissionais que consideravam mais identificados com outra visão do parto; uma visão humanizada, fisiológica e mais centrada na mulher.

Eu fiz o curso de *doula* e, naturalmente, outras meninas foram pedindo para eu acompanhá-las durante os seus partos. Quando eu me formei em psicologia eu já estava apaixonada pela questão do parto e pelo trabalho com as mulheres. Fiz estágio na Santa Casa de Maringá e em uma ONG, sempre ajudando as mulheres em suas caminhadas, minha paixão é por acompanhar e estar próxima nesse momento, esse é o meu trabalho. Sobre a importância da informação, esse é o primeiro passo que está associado a uma preparação emocional, principalmente no primeiro parto. Algumas mulheres chegam ao grupo mais integradas com os seus corpos, outras não, precisam de preparo (Lívia, psicóloga e *doula* do Grupo Maternati, entrevista de 22/08/2013).

A primeira mudança, desde então, foi trocar o nome do grupo. Marcar o início de um novo trabalho, que consideravam ser diferenciado era importante para elas (Notas de trabalho

de campo). O nome Maternati foi estrategicamente pensado pelas idealizadoras do grupo: Mater, de mãe, para lembrar o fato da mulher que se torna mãe; Nati, de nascido, para remeter ao bebê e a sua experiência de nascimento. As *doulas* ainda ampliam essa ideia dizendo: “o momento do parto, também com a presença masculina, marca igualmente o nascimento de um pai e de uma nova família”. Assim, segundo essa concepção, “viver todas as transformações de forma o mais consciente e ativa possível é uma meta a se buscar” (*Site* do Maternati, acesso em março de 2014).

As *doulas* criaram um *site*, elaborado com o auxílio de uma tia de Lívia que trabalha com web design e que realizou a página para elas (Notas de campo). O *site* organiza os serviços do Grupo Maternati, seus valores e justificativas, além disso, disponibiliza materiais como relatos de parto, fotos, artigos científicos na área e a agenda de trabalho do Grupo, tornando-se um veículo de comunicação para que sejam encontradas por mulheres interessadas em seus trabalhos tanto em Maringá como em outras cidades da região. Esse formato de trabalho pode ser comparado ao de uma organização não governamental (ONG) que tem como característica solucionar problemas específicos (já previstos na agenda estatal como é o caso da diminuição das cesarianas no país e o incentivo ao parto humanizado), mas ainda não concretizados na realidade.

Nesse sentido o Grupo Maternati tem como eixo principal um trabalho gratuito que iniciou com rodas de conversa para as mulheres que desejavam ter um parto “normal”, mas que não encontravam um médico disposto a fazer esse atendimento na cidade. Posteriormente, a partir do trabalho como *doulas*, o Grupo começou a oferecer esse serviço particular para aquelas que se interessavam. Nem sempre as frequentadoras da roda gratuita se interessam pela contratação da *doula*. Algumas vezes, elas consideram que somente a frequência na roda de conversa é suficiente para tirar dúvidas e buscar suas experiências por conta própria. Nos casos de interesse no trabalho da *doula* (mas com dificuldade em realizar o pagamento) presenciamos casos de negociação, abatimento ou parcelamento do valor cobrado. Há uma clara tentativa de tirar o foco da “relação comercial” para colocá-la em termos de “cumplicidade e troca solidária” (Notas de campo).

Quando perguntadas sobre os objetivos do Grupo Maternati, ambas as profissionais disseram que defendem “uma escolha consciente e informada”. Elas afirmam que a assistência obstétrica no Brasil está estruturada em descumprimento às diretrizes internacionais e às evidências científicas e que “o modelo dominante de parto [cesária] prejudica tanto o protagonismo feminino, como o parto fisiológico” (entrevista realizada com as *doulas* do

Grupo Maternati em Setembro de 2014). Diante dos relatos, podemos inferir a existência do seguinte princípio dentro do Grupo Maternati: a mulher consciente e informada escolhe o parto natural. Sobre essa afirmação Lívia disse:

De fato, a escolha pelo parto natural é a mais fisiológica e a mais amparada pela Medicina Baseada em Evidências. Em outros países, as mulheres que escolhem parir em casa ou em casas de parto são respeitadas. Elas podem decidir sobre tudo durante o parto, a posição, o acompanhante e são acolhidas nessas escolhas. Somente em casos de risco são atendidas no hospital por médicos, porque o ambiente hospitalar cuida da doença e o parto é saúde desse ponto de vista. Na Bélgica, a mulher que escolhe por uma cesária é encaminhada para atendimento psicológico, para que entenda os seus medos e angustias (Notas de campo, setembro de 2014).

Algumas pesquisas antropológicas (Tornquist, 2002; Fleischer, 2005) já demonstraram que o ideário da humanização do parto pode trazer consigo discursos ideológicos sobre o parto natural, bem como modelos autoritários sobre a “forma certa” de parir. Essas são armadilhas conceituais que, na teoria, envolvem dilemas de quando e como é possível exaltar e positivar os aspectos “naturais” do parto ou quando os seus aspectos culturais, principalmente ligados à assistência, necessitam ser problematizados.

Na prática, defender a existência de um modelo ideal de parto ou do “belo parto” (Tornquist, 2002, p.490) pode gerar, em algumas mulheres, absoluta frustração e luto pelo parto não concretizado, como as descritas por Castro (2014). No entanto, pudemos perceber que, atentas a essa questão, as *doulas* do Grupo Maternati incorporaram o tema “parto ideal versus parto real” às suas discussões.

Como *doulas*, elas já presenciaram muitas experiências de partos difíceis e que foram submetidos à intervenção ou encaminhados para a cesária (Notas de trabalho campo, encontro parto ideal e parto real, março de 2013). Por isso, ao menos retoricamente, elas afirmaram (e pudemos observar esforços nesse sentido durante a pesquisa de campo) que há uma tentativa do Grupo em solucionar tais dilemas, acolhendo as mulheres que não ficaram satisfeitas com suas experiências de parto e deixando-as testemunhar sobre as dificuldades encontradas como uma forma de prevenir outras mulheres.

A respeito da importância do Grupo Maternati para a cidade de Maringá as *doulas* observaram que ele atende uma demanda de mulheres que querem ter um parto “normal”:

(...) porque é um Grupo onde mulheres que buscam essa forma mais consciente da maternidade se encontram, porque o que motiva inicialmente é a questão do parto, e muitas dizem que ninguém entende a escolha pelo parto normal, nem a própria família, então, a importância é

essa, de ser um espaço de discussão sobre o parto em que elas encontram pessoas com as mesmas intenções (Lívia, *doula* do Grupo Maternati, entrevista de agosto de 2013).

Maringá não tem uma cultura muito favorável à humanização do parto [...] têm muitas pessoas que buscam um caminho diferente e é aí que o Grupo entra, ele reúne pessoas que querem um parto respeitado, que durante a gestação se reconhecem dentro de um sistema e vislumbram a possibilidade de estar fora dele. Então eu acho que o Maternati vem pra essas pessoas se encontrarem e buscarem, pra que elas não se sintam sozinhas, como um suporte, uma sustentação pra essa busca, visando melhorias pra sociedade, então a gente observa que mães que já tiveram seus filhos retornam ao Grupo e incentivam outras mães a procurarem, a virem, a se informarem, mesmo que elas não vão ter outro filho, elas buscam juntar as mulheres pra ganharem força e conquistar, por exemplo, uma casa de parto, um atendimento mais respeitoso, ajudar na conquista do parto das outras, cuidar da educação do filho, da amamentação, elas vão se informando, muitas refletem, conversam sobre a criação com apego, elas trocam experiências e se espelham umas nas outras, juntas tudo ganha uma outra dimensão e o Maternati veio pra gerar a integração dessas mulheres aqui em Maringá (Milena, *doula* do Grupo Maternati, entrevista de outubro de 2013).

Desde o segundo semestre de 2013, nasceram 20 bebês amparados pelo grupo Maternati e até meados de 2014 já haviam nascido mais de 30 bebês entre partos domiciliares e hospitalares. Destes, segundo Lívia, cerca 15% foram cesárias, o que condiz com a indicação do Ministério da Saúde e das agências internacionais de saúde. O restante das mulheres, atendidas pelo SUS, foram aconselhadas a escrever um plano de parto e entregá-lo ao médico plantonista ou à equipe o hospital. Com esforço e negociação, conseguiram a entrada da *doula* e de mais um acompanhante durante o trabalho de parto. Ao que pudemos ouvir nos relatos posteriores, elas somente se aproximaram da ideia de parto humanizado, já que o sistema ainda interfere muito, tanto no corpo da mulher, como no bebê logo após o nascimento.

Atualmente, cerca de 120 pessoas frequentam a sala do Maternati, entre gestantes, pais e mães, sendo que a cada encontro ou roda de conversa (gratuitos) uma média de 30 pessoas se reúnem. Os cursos particulares e vinculados à contratação da *doula* dividem-se em grupos de 10 participantes (frequentamos um curso completo de gestantes durante a pesquisa de campo). Em 2014 haviam dois encontros por semana cada um com 10 participantes. O Grupo virtual possui mais de mil adesões, incluindo pessoas de Maringá e de todo o país.

Desses encontros são que, as interessadas em contratar uma *doula*, terão a possibilidades de conhecê-las. São os atendimentos das duas *doulas* que mantém financeiramente o Grupo Maternati<sup>47</sup> e a sua estrutura, que inclui uma sala alugada em uma região central da cidade, equipamentos para o trabalho de parto como bolas de pilates, banquetas

---

<sup>47</sup> No momento da pesquisa, cada atendimento como *doula* realizado através do Grupo Maternati custava cerca de 700,00 reais. Segundo as organizadoras, o valor desses atendimentos é suficiente para “pagar o Grupo” que se mantém até o momento sem gerar lucro. Ambas, portanto, possuem outras atividades rentáveis que, paralelamente ao trabalho do grupo, asseguram os seus sustentos pessoais.

de parto, barra de sustentação e outros acessórios como óleos vegetais, essências aromáticas, bolsa térmica, câmera de fotos, entre outros. A contratação da *doula* (mediada por um documento) inclui a frequência livre nos grupos temáticos, conversas particulares e domiciliares (às vezes, a *doula* tem que ir à casa da gestante para informar sobre seu trabalho aos seus familiares, que por desconhecerem esse ofício podem agir negativamente às escolhas da mulher).

No caso da escolha pelo parto domiciliar planejado, o grupo geralmente indica uma equipe de enfermeiras obstétricas que cobram cerca de 3.000,00 o parto, incluindo nesse valor a presença da *doula*, o atendimento pré e pós-parto e a disponibilidade integral. Quando o atendimento acontece através do plano de saúde (geralmente para o caso das mulheres que já possuíam o plano de saúde suplementar antes de participar do Grupo Maternati) ocorre também, segundo as participantes, uma cobrança “extra” para a disponibilidade do médico.

A fim de garantir a presença no momento parto do mesmo médico que acompanhou a gestação (e não a de um plantonista), tanto em partos normais como em cesarianas, um valor que variou de 2.500,00 até 4.000,00 foi cobrado (Notas de trabalho de campo, maio/outubro de 2014). A partir desses valores, podemos ter a dimensão de que a maioria das mulheres no Brasil é atendida pelo SUS e, conseqüentemente, são submetidas ao modelo intervencionista e tecnocrático de parto. Com relação às mulheres do Maternati, a grande maioria dos partos aconteceu por meio do plano de saúde particular, assistido pelo único médico considerado humanizado pelo Grupo<sup>48</sup>.

Preparar-se para ser mãe e para cuidar de si e de outro nesse processo, passa a ser um discurso fundamental dentro do Grupo, e, a fim de proporcionar tal preparação em 2014 às organizadoras ampliaram os seus “serviços” e aconselhamentos. Além das rodas de conversa existentes desde o Grupo Gesta e que há tempos reuniam gratuitamente mulheres interessadas no debate de ideias sobre parto e maternidade, as fundadoras do Grupo Maternati começaram a promover outras atividades como palestras, cursos de gestantes, grupo de mães e *work-shops* (sobre temas como shantala – uma massagem para bebês desenvolvida na Índia, o uso do sling<sup>49</sup>, intervenções obstétricas, primeira infância, extergestação, criação com apego, terapias

---

<sup>48</sup> Até o momento da pesquisa os relatos, entrevistas e nossa participação nos encontros, anunciaram que apenas um médico era bastante confiável para garantir os partos humanizados requisitados pelo Grupo. No entanto, dois outros médicos já se mostravam simpáticos a esses valores propiciando uma abertura para diálogo e possíveis negociações.

<sup>49</sup> O sling é uma tipóia de tecido com argolas de metal usado para carregar bebês junto ao corpo. De inspiração africana (embora também possua raízes na América Latina e no Oriente – devido às mulheres que precisavam das mãos para trabalhar) atualmente o sling foi ressignificado e hoje o seu uso é difundido como um hábito para



alternativas, etc.) que visavam à ampliação de seus trabalhos e o sustento financeiro do Grupo. A extensão dos trabalhos ocorreu juntamente com a ampliação do número de mulheres participantes, propagadoras e principais divulgadoras dos encontros.

Nesse sentido, apesar de as organizadoras possuírem uma ideia geral dos contornos do Grupo, as próprias mulheres frequentadoras, começaram a apropriar-se dos conteúdos difundidos nos encontros, incorporando a eles novas demandas, mais específicas e ligadas as suas próprias experiências. O retorno das mulheres no pós-parto e a contínua participação nos encontros pode indicar que elas continuam a sentir-se contempladas e motivadas pelos valores do Grupo mesmo após o parto alcançado. No pós-parto encontram-se para conversar sobre o puerpério, a amamentação, as dificuldades nos cuidados com os bebês, os relacionamentos familiares, etc.

Um exemplo da incorporação de novos temas aconteceu quando uma das participantes, que passou por uma cesária indesejada, relatou em encontro posterior que se sentia constrangida em continuar pertencendo a um Grupo que propagava o parto natural como o parto ideal. Ela reclamou que os encontros não preparavam satisfatoriamente às mulheres para aceitarem o fato de uma cesária realmente necessária, e que, a sua frustração e vergonha, estavam atrapalhando-a durante o puerpério e a amamentação de sua filha (Notas de trabalho de campo realizadas em outubro de 2013).

Outro exemplo, que indica situação semelhante, esteve relacionado ao depoimento de outra mulher, que se queixava da omissão e da falta de esclarecimentos sobre as transformações com o corpo durante a gestação e o parto e, mais especificamente, de aspectos ligados à sexualidade e ao retorno à vida sexual.

A sugestão da interlocutora acima foi propor ao Grupo Maternati que focalizasse em seus encontros temas voltados à forma física, à disposição emocional no puerpério e até mesmo sobre a estética da vagina no pós-parto. Apesar das mulheres do Grupo, em sua maioria, conseguirem livrar-se da episiotomia, realizada como rotina dentro dos hospitais públicos e privados, algumas vezes ocorriam lacerações naturais durante o período expulsivo do nascimento (Notas de trabalho de campo realizadas em novembro de 2013), o que assustava as mulheres quanto a sua posterior reabilitação.

Surgiam dessas demandas, novos enfoques sobre o parto, que procuravam incorporar temas relevantes para as mulheres e, por meios de estudos científicos e trabalhos técnicos,

---

mulheres modernas e práticas. Verificamos o uso do termo “slingar”, entre àquelas que aderiram ao seu uso e até grupos de danças com sling, para as mães e seus bebês.

solucionar<sup>50</sup> tais queixas. Outros temas como o retorno à vida conjugal e sexual, as relações do casal com o bebê, a amamentação em livre demanda, a educação com apego, a introdução de alimentação sólida com métodos como o BLW (Baby Led Weaning), as fraldas de pano modernas, a maternidade ativa, o retorno à vida profissional das mulheres, o cuidado coletivo dos bebês, entre outros, permaneceram crescentes nas discussões do Maternati, intensificados pela integração de novas mulheres ao Grupo<sup>51</sup>.

A estruturação do Grupo Maternati veio acompanhada de um novo espaço para a realização dos encontros, uma sala alugada estritamente para a existência concreta do Grupo (antes os espaços eram emprestados e variavam de reunião a reunião). A nova sala, embora pequena, é bastante aconchegante, com almofadas e colchonetes por todo o chão, fotos de crianças e gestantes na parede, baús com brinquedos (para as mães que levam os filhos), oferta de água e chás, uma grande televisão (todas as reuniões são acompanhadas de vídeos, fotos ou documentários informativos), DVD, computador portátil e uma pequena área para conversas ou terapias individuais. Há também uma área externa com uma grande mesa para as confraternizações que ocorrem geralmente ao final das reuniões.

Além disso, existe uma biblioteca acessível a todas as participantes, o que consideramos um rico instrumento para a formação dos valores e identificação com o Grupo Maternati. Isso porque, as coordenadoras, desde o início da participação das mulheres, fazem a elas recomendações de livros específicos sobre gestação, parto e maternidade. Em uma sequência pré-definida, elas vão apresentando os temas de forma que a leitora fique seduzida pelos textos e cada vez mais interessada pelos novos conhecimentos. Segundo uma das frequentadoras do Grupo de gestantes as leituras indicadas “abrem um mundo de ideias, antes desconhecidas pela razão, que refletem algo muito íntimo, muito ancestral e que expressam novas possibilidades para o ser mulher e o ser mãe” (Notas de trabalho de campo realizadas em junho de 2013).

A biblioteca do Maternati, adquirida com recursos das organizadoras, contém uma série de títulos semelhantes “às leituras obrigatórias” que o movimento de humanização e também as

---

<sup>50</sup> A partir dessas questões, discutidas nos encontros dos grupos, ficou evidente a incorporação dessas queixas nos encontros posteriores. Foi visível a inclusão de um material crítico sobre a prática indiscriminada da episiotomia bem como de artigos que informam como “preparar” o períneo para o parto, por meio de massagens perineais, importantes para a elasticidade dessa musculatura. Outro tema incorporado nos encontros foi o chamado “parto ideal e parto real”, para justamente problematizar a expectativa acerca do parto e o confronto desta com a realidade.

<sup>51</sup> Atualmente, após a realização da pesquisa de campo, o Maternati iniciou um trabalho com as mães, o grupo de mães, que reúne mulheres que pariram, ou não, mediadas pela preparação no Grupo. Seus encontros acontecem na sala do Maternati e além das discussões sobre a amamentação e o puerpério que vivem, falam também sobre os cuidados com o bebê e a organização de “formas de cuidado coletivo”, no qual, as mães e os pais se revezam nos cuidados de cerca de três ou quatro bebês, em pequenos grupos, para que consigam realizar trabalhos, estudos ou tarefas de seus interesses, independentes das creches ou das escolas particulares. Acreditam, com isso, que o bebê receberá uma atenção mais alinhada com os seus valores e interesses.

redes virtuais divulgam como essenciais para o entendimento histórico das lutas pela centralidade feminina no parto, entre outros temas. Exemplares dos precursores: *A experiência de dar a luz*, de Sheila Kitzinger; *Nascer Sorrindo* e *Se me contassem o parto*, de Frédérick Leboyer; *Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural*, de Janet Balaskas; *Quando O Corpo Consente*, de Marie Bertherat, Thérèse Bertherat e Paula Brung; *Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras*, de Moysés Parciórnik são algumas referências, mas, muitas outras estão também acessíveis no interior do Grupo.

Também são ofertados filmes como *Orgasmic birth* e os documentários *The business of being born*, *Nascendo no Brasil* e *O renascimento do parto*, este último trazendo consigo uma revolução para o aspecto educacional do Grupo. O documentário passou a ser utilizado durante os encontros para promover novas discussões e foi considerado pelo Maternati um divisor de águas no alcance numérico de adeptos e interessados nos temas ligados a humanização do parto. A exibição do filme em Maringá aconteceu através da mobilização das mulheres participante do Grupo Maternati e de outros profissionais atuantes na cidade, que fizeram um abaixo assinado e garantiram a bilheteria nos cinemas.

As recomendações de leituras do Grupo Maternati nos remetem ao alerta feito por Kitzinger (1987, p.10) que já na década de 1980, ressaltou a importância de uma educação pré-natal e da formação educacional de professores e parteiras profissionais. A formação educacional de diferentes profissionais, segundo a autora, auxiliaria no desenvolvimento de novas concepções e compreensões sociais sobre o parto. Para ela, a boa utilização das técnicas obstétricas aliadas às preparações femininas, poderia oferecer uma “experiência criativa” ou um “parto alegre”. “Quando o corpo humano saudável passa por uma experiência fisiológica natural, o indivíduo normalmente sente prazer e contentamento” (Kitzinger, 1987, p.15).

Segundo as *doulas*, as mulheres que chegam ao Grupo Maternati não possuem um perfil homogêneo de interesses. Há um tempo, dizem elas, era possível afirmar que as mulheres que procuravam o parto humanizado possuíam um estilo de vida alternativo: eram naturalistas ou encontravam-se em posições culturais privilegiadas. Hoje não, outras questões ligadas à história pessoal, por exemplo, também as fazem procurar o Grupo.

Às vezes elas trazem [para o Maternati] muito medo, trazem também a história da mãe, então elas falam minha mãe não teve dilatação, minha mãe fez cesária, como se estivessem fadadas a cesária também e o medo está aí, impregnado na sociedade, de que o parto é uma coisa arriscada. Então o trabalho do Grupo é o estímulo, a confiança. Têm as mulheres que querem apenas o parto, já outras querem o pacote completo de uma maternidade mais consciente (informações sobre chupeta, colo, alimentação, escola, etc.). Parece que dá para pensar esses dois grupos: as que sonham com o parto e àquelas que aspiram ter respeito, que durante a

gestação se reconhecem dentro de um sistema. Eu acho que o Maternati vem para essas pessoas, como uma sustentação para as suas escolhas. Então a gente observa que mães que tiveram seus filhos conosco, mesmo que não pretendam engravidar novamente, retornam ao grupo e incentivam outras mulheres a ganharem força (Lívia, psicóloga e *doula* do Grupo Maternati, entrevista de 03/10/2013).

Queixando-se da forma como é tratada a mulher que escolhe o parto natural, durante os encontros, elas relataram algumas categorias pejorativas que são utilizadas pelos “de fora” do Grupo para nomear as adeptas do parto humanizado, principalmente com relação àquelas que escolhem o parto domiciliar. Foram apontados termos como “naturebas”, “índias”, “loucas”, “irresponsáveis”, “corajosas” etc. Tais imagens estigmatizantes foram descritas pelas participantes não apenas quando a escolha era pelo parto natural ou domiciliar, mas também pareciam ser utilizadas de forma mais ampla, “contra um estilo de vida real que é encarado como contrário ou subversivo a uma ordem moral” (Feyer; Monticelli; Knobel, p.299).

Os depoimentos ressaltam a multiplicidade das participantes. Muitos são os motivos para “chegar” ao Grupo: a trajetória pessoal, traumas vinculados ao corpo, medo, falta de estímulo ou apoio familiar, desejo de ter parto natural, recomendação das amigas, etc. Sobre essa pluralidade Lívia nos disse, em conversa informal: “você conhece o artigo da antropóloga Rosamaria Carneiro, então, eu acho que nós somos mais ‘as cricas’ mesmo, a maioria das mulheres traz para o Maternati uma posição de crítica do sistema” (Conversa com Lívia, *doula* do Maternati).

É interessante observar que as *doulas* também tem acesso aos artigos produzidos sobre “quem são as *doulas* e o que fazem em seus trabalhos”. Em alguns momentos, quando nós fazíamos alguma pergunta mais pontual, elas respondiam: “Sabe o artigo da fulana de tal, então, é por aí nossa linha de atuação”.

Quanto à definição de Carneiro (2010) sobre as adeptas do parto humanizado temos:

[...] digo dessa maneira, porque, embora conveniadas e assalariadas, parecem sugerir um recorte mais de “capital cultural”, de mulheres críticas dos sistemas sociais, sendo mais “as cricas” do que as abastadas; seriam mulheres que mais questionam, refletem, do que inseridas num determinado campo monetário (Carneiro, 2010, p.5).

Em comum, essas mulheres buscam ter um parto humanizado, ainda que este possa ser doloroso e incerto numa escala de tempo; elas desejam obter um tratamento respeitoso durante o parto (muitas vezes o polissêmico sentido de humanização aparece na fala das mulheres como sinônimo da ideia de respeito, outras vezes, como atenção as individualidades) e aspiram vivenciar intensamente cada etapa, cada contração e a singularidade do trabalho de parto.

Embora não sejam contrárias ao uso da tecnologia, querem que ela fique restrita ao extremamente necessário.

Uma das premissas do Grupo é que cada mulher possui um tempo específico para o início e o desenrolar do trabalho de parto, e que seus corpos não podem ser regulados por tabelas, partogramas, rotinas de atendimento, padrões de tempo para as contrações e dilatação do colo do útero, etc. O que elas reivindicam, mais do que ser avaliadas ininterruptamente, é um lugar que priorize sua privacidade e autonomia (Notas de campo).

Elas também afirmavam, durante de encontros, que não podem se colocar nas mãos dos médicos e que não confiam em suas condutas. Preferem, dessa forma, preparar-se para o parto independente das orientações médicas (embora todas as participantes do Grupo Maternati tenham feito o pré-natal) e, por vezes, tem como hábito recolher mais opiniões em casos de dúvida sobre alguns diagnósticos como, por exemplo, a indicação de cesária.

Outra característica do Grupo Maternati é o sentimento das participantes com relação às outras mulheres, não pertencentes e, muitas vezes, não identificadas com os valores e as intenções do Grupo. É possível afirmar, a partir dos relatos, que a escolha pelo parto natural vem acompanhada de um estranhamento social e de tratamento hostil quando afirmam em ambiente familiar, entre amigos ou em convívio social, que querem o parto natural<sup>52</sup> e que vão lutar por ele.

Praticamente em todos os encontros, várias dessas narrativas sustentavam a afirmação de que realmente há distinção entre as mulheres<sup>53</sup>: aquelas que naturalizaram a cesariana como o melhor parto, realizada em condições mais controláveis e aquelas que acreditam que a cirurgia deva ser preterida em favor do parto natural, visto como parte de uma experiência ligada à sexualidade e a um processo “normal” da gestação. Segundo Carneiro (2010) as adeptas do parto natural podem ser hostilizadas em suas relações de sociabilidade e grupos de convívio, em suas palavras: “esses grupos de mulheres despontam quase como o “abjeto”, como insanas e, ainda que possa parecer exagerado, ‘desviantes’; não entre elas, mas frente aos médicos, profissionais de saúde e também socialmente” (2010, p.6).

---

<sup>52</sup> A princípio, as mulheres falam sobre o parto normal como sinônimo de parto natural. Após um tempo de pertença ao Grupo, percebemos que elas começam a falar especificamente de parto natural, já que o parto normal passa a ser associado ao modelo intervencionista e tecnocrático preponderante. Assim, o parto natural passa a ser o mais fiel representante do modelo humanizado de atenção dentro do Grupo Maternati.

<sup>53</sup> Essa ideia nos remete à fase diferencialista do movimento feminista, que nos ajuda a pensar as diferenças internas dentro da categoria de mulher, suas possibilidades de papéis e de identificações. Estes, muitas vezes, chegam a ser opostos ou contraditórios entre si, afirmando a pluralidade dos interesses femininos na atualidade.

Quando nos perguntam quando nasce o bebê? E respondemos não sei, quando ele quiser, parto normal à gente não escolhe... (aí logo escutamos) Nossa! Que corajosa! (e subentendemos nossa, que louca!). Somos consideradas loucas mesmo (Notas de trabalho de campo realizadas em junho de 2013).

O final da gestação foi uma experiência angustiante porque a sociedade realmente nos cobra a questão do tempo, do prazo estabelecido pela medicina de 38 semanas para o parto a termo. Qualquer coisa que acontecesse depois disso a culpa é da mulher. Então quem segurou a minha onda primeiro foi o Grupo Maternati, que me disse: criança não passa do tempo, cada mulher e cada bebê possuem o seu próprio tempo; eu só fui capaz de escolher o parto domiciliar porque eu tive o apoio do Grupo e todas as informações sobre o que estava acontecendo. Eu sabia o que falar para os outros porque o Grupo tinha me dado os recursos e os conhecimentos para lidar com aquela situação. O espaço virtual também foi muito importante porque eu nunca tinha dado a menor bola pra facebook, mas, com o Grupo, eu fiquei apaixonada pelas redes de apoio, a solidariedade pela internet foi uma experiência fundamental para garantir o meu parto (Lorena, psicóloga, entrevista de 27/09/13).

Diversas foram às discussões sobre o papel do Grupo Maternati para as participantes “elaborarem” como poderiam ser os seus próprios partos. Um intenso diálogo foi estabelecido também no grupo virtual e diferentes comentários, dúvidas e desabafos com a ideia de partilha também fizeram parte da experiência em grupo, deixando transparecer que somente no interior do Maternati elas se sentiam realmente aceitas e compreendidas.

De fato, o pertencimento ao Grupo as distingue, destacam-nas do discurso dominante da cesariana e as impulsionam à elaboração de estratégias para lidar com as situações de conflito fora do Grupo. Nesse sentido, observamos que era comum as integrantes do Maternati formularem algumas táticas para desconversar quando eram cobradas, por exemplo, com uma data para o momento do parto. Elas omitiam ou inventavam datas fictícias, fingindo não saber em que hospital aconteceria o parto, ou até mesmo dizendo que a cesária já estava marcada. Essas formas de evitar o confronto eram utilizadas quando não havia uma identificação direta com “o outro” em diálogo (embora também tenhamos presenciado casais que omitiram a realização do parto domiciliar até para os seus pais e familiares próximos). Na medida em que havia uma maior afinidade entre os interlocutores, muitas mulheres sentiam-se mais dispostas para o debate e, até mesmo, para uma tentativa de convencimento quanto aos preceitos e “benefícios” do parto humanizado (Notas de campo, 2013).

Um aspecto interessante a se observar é a preponderante presença feminina, tanto no que tange às idealizadoras do Grupo e das profissionais envolvidas, como também de suas frequentadoras, maiores divulgadoras do universo da humanização do parto e do Grupo Maternati. Embora exista um forte discurso de valorização da paternidade e da necessária aproximação dos homens durante o parto (coerentes com o ideário da humanização mais

amplamente difundido) os laços afetivos estabelecidos entre as mulheres eram mais evidentes. Os desabafos, as confidências, as amizades, as alegrias, as tristezas e todo o compartilhamento de experiências eram manifestadas mais fortemente entre as mulheres do Grupo.

Para além do fato de que muitas mulheres estivessem acompanhadas de seus maridos, durante os encontros, estas mais procuravam compreender e “se adequar” aos sentimentos delas, referindo-se aos sentimentos masculinos e paternos com bastante cautela e inibição, mesmo quando eram incitados a fazê-lo. Poucos foram os homens que entraram realmente nas discussões do Grupo com seus pontos de vista e também no espaço virtual com assiduidade. Destaco, então, a parceria e a solidariedade femininas presentes no Grupo Maternati.

Outro ponto importante, é que os homens nem sempre estavam totalmente de acordo com a realização do parto natural, fosse ele no hospital ou em casa. Alguns deles chegavam ao Grupo, a convite de suas parceiras, acreditando que a cesariana é de fato mais segura e confiável. Para essas situações pudemos verificar alguns comportamentos: raros casais, que chegam a frequentar os encontros, expondo suas dúvidas e questionamentos, mas que não aderem ao projeto de parto humanizado, ou por causa da família como um todo ou por causa específica do posicionamento do pai da criança. Presenciamos duas situações como esta, nas quais as mulheres realizaram a cesariana contra sua vontade para satisfazer o gosto do pai do bebê ou de sua família (Notas de trabalho de campo, novembro de 2013).

Uma dessas mulheres chegou a publicar na roda virtual do Maternati o seu descontentamento com o fato de sua escolha não ter sido respeitada:

Deixo o Grupo porque não aguento mais a pressão familiar. Estou triste porque não fui respeitada em minha escolha e diante das ameaças que me foram feitas, de que eu colocarei a mim e a meu filho em risco e de que não seria perdoada se algo acontecesse, abandono a minha vontade de ter o parto natural (Cida, publicação na roda virtual o Maternati em 20/10/2013).

De outro lado, tivemos situações em que a participação do pai do bebê no Grupo propiciou um maior entendimento com relação às expectativas da mulher. Estas, por sua vez, não estavam dispostas a abandonar o parto humanizado e por isso, optaram por levar seus maridos ao Grupo para que pudessem tirar suas dúvidas e, com isso, apoiá-las em suas escolhas.

Eu queria poder compartilhar esse momento com o meu companheiro, eu via que no hospital muitas mulheres passavam pelo trabalho de parto sozinhas. O que mais me motivou a fazer o parto domiciliar foi o fato de ele compartilhar comigo o nascimento do nosso filho. A mulher já sente o bebê desde o início, então eu queria ver ele participar, estar junto em cada contração e vivenciar esse momento comigo. Porque meu marido vem de uma família muito machista, sabe,

isso só homem faz, aquilo só mulher e mesmo ele tendo evoluído muito eu sabia que essa experiência ia ajudar ele a melhorar, a quebrar muito essas barreiras... E foi bem difícil convencer ele a aceitar o parto domiciliar... Ele não aceitava, tinha medo, mas quando ele começou a ver que o parto é um fenômeno do corpo e não uma doença, aí ele começou a aceitar. Um dia a *doula* veio fazer uma visita, nem entrou no tema do parto domiciliar e transmitiu segurança para ele. Como ele não podia ir aos encontros por causa do trabalho, ele não sabia como tudo funcionava. Depois da visita, ele viu que eram profissionais e ficou mais tranquilo. Assim como eu queria ter o parto normal como uma maneira de me sentir forte como mãe eu queria isso pra ele também e não que o médico depois apresentasse o nosso filho; eu queria que ele visse, que ele sentisse que a cada contração ele estava mais perto de ser pai e durante o trabalho de parto ele já foi se transformando como pai, não que fosse algo imposto. O parto domiciliar propiciou isso para nós, o sentimento de se transformar em pai e mãe e ele mudou, se tornou mais amável, mais aconchegante, e logo que o (nome do bebê) nasceu ele falou pra mim: “obrigado por você ter deixado eu participar disso, obrigado por você ter insistido tanto para eu viver esse momento” e com isso, eu me senti realizada (Entrevista Elis, 22/08/2013).

Uma terceira possibilidade de ação, agora do casal, foram àqueles pais que chegavam ao Grupo Maternati totalmente alinhados com suas mulheres, endossando suas escolhas e seus desejos e tendo-os como as suas próprias vontades. Nesses casos podemos fazer uma referência ao ideal de “casal grávido” descrito por Salém (1980) no qual o homem e a mulher vivem juntos todas as etapas da gestação. “Num discurso anti-assistência médica padrão, o casal estabelece quem deve participar e quem não deve. Essa condensação de significados, que permitem inferir ideais de sociabilidade e de conjugalidade, são características dos segmentos modernos individualistas” (2013, p.302).

Durante a participação no Grupo eu fui estudando sobre os partos até eu decidir ter o domiciliar, meu marido escolheu antes de mim (risos), ele é bem ativista e já conversava com um professor lá da USP sobre o parto humanizado. Então nós conversamos bastante e decidimos pelo parto domiciliar. Nós não íamos contar pra família, mas aí uma participante do Grupo, enfermeira, trabalhava no mesmo hospital que minha mãe, eu fiquei com medo dela contar e eu mesma contei, na verdade eu comuniquei minha mãe. Ela falou tudo aquilo, você é louca, mas eu só a estava avisando... ela mesma teve três partos, mas mãe não dá pra ficar perto nessas horas senão ela mesmo faz a cesária (risos). Todo mundo me falou que eu só tive parto porque eu quis muito, né filho, a gente quis muito. Nada de trajetória familiar, foi uma escolha minha e do meu marido porque eu quis muito (Entrevista Lorena, 22/08/2013).

Desta forma, cabe à mulher desejar o parto humanizado e ser a condutora do processo (ou a protagonista em termos nativos). Já as *doulas* mediam e qualificam esse desejo. Segundo Fleischer (2005, p.14) duas categorias guiadas por valores feministas, são importantes nos discursos das *doulas*: o desejo e o poder, “elas reforçam, a todo momento, que um dos principais papéis da *doula* é empoderar a mulher que ela apoia, para que ela possa colocar suas opções em prática. Assim, essas *doulas* acreditam que as mulheres têm o direito de controlar seu corpo, decidindo se, quando, onde e como engravidar e parir (2005, p.14). No



mesmo sentido proposto por Fleischer, o Maternati afirma aproximar as mulheres da validação de um direito que julgam estar sendo retirado delas. Segundo uma das *doulas* que coordena o Grupo, “enquanto o direito à cesariana é garantido, o direito ao parto natural, continua a ser negado para a maioria das mulheres no Brasil” (Notas de trabalho de campo, novembro de 2012).

Outro aspecto observado, a partir da presença nos encontros, é que a partilha existente no Grupo Maternati não se encerra com o parto realizado. Os conhecimentos mobilizados têm desdobramentos em outros momentos da vida, para além do parto realizado. Podemos afirmar que, no universo da humanização, a busca pelo parto é somente o ponto de partida para a resignificação de projetos identitários que podem envolver a maternidade como um todo. Nos dizeres de Carneiro, o projeto de parto humanizado pode vir a ser “uma arte do viver e prática ética” (2001, p.6), promovendo reflexões sobre os papéis das mulheres também como mães.

Posteriormente à incorporação desse ideário, valores e conhecimentos, muitas outras decisões podem ser fundamentais para que os parâmetros apresentados socialmente passem pelo “filtro individual” e pela escolha reflexiva. A identificação com as representações do parto humanizado, difundidas especificamente por grupos como o Maternati e, mais amplamente, pelo movimento de humanização, repercutem na elaboração de identidades e para a construção crítica de novas representações e papéis na sociedade, papéis estes, que afirmam positivamente as mulheres no contexto da maternidade e fora dele.

Depois de um expressivo declínio da maternidade, da inserção das mulheres nas universidades, mercado de trabalho e vida pública em geral, a maternidade, hoje, parece remontar a cena, quando um número cada vez maior de mulheres da geração pós-feminismo decidem ter seus filhos na casa dos 30 e 40 anos, depois de terem ascendido profissionalmente e tido experiências de maior liberdade sexual. Ela, a maternidade, parece dar indícios de uma repaginação, quando essas mulheres, que não necessariamente se reconhecem como feministas, têm procurado dela fazer um evento, um acontecimento singular, desejado, pensado e enriquecido, sem necessariamente implicar num mandato ou privação da vida erótica, profissional, familiar e social (Carneiro, 2001, p.6).

As questões levantadas por esses movimentos sociais orientam a discussão do parto humanizado para o âmbito da sexualidade e da construção de gênero, fenômenos repletos de relações de poder. A ideia de um poder que foi retirado historicamente das mulheres por uma ordem médica e patriarcal, incrustada até os dias de hoje, é, então, um dos motes para a organização dessas redes. Nesse sentido, a elaboração das identidades ligadas ao projeto de parto humanizado está associada também as variadas formas de relações de poder presentes na sociedade.

## CAPÍTULO II. Identidade e empoderamento

*É preciso levar em conta um fator muito debatido: quem é a protagonista da cena do parto? A mulher-parturiente está cada vez mais distante dessa condição: totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir. (Manual parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde, 2003, p.18-19).*

Para que possamos apresentar em que medida as identidades são atualmente elaboradas pelos sujeitos, constituindo-se em projetos permanentemente em construção e muitas vezes atrelados as escolhas por um estilo de vida, começaremos esse capítulo apontando os caminhos teóricos que aclararam o conceito de identidade, principalmente na chamada pós-modernidade ou modernidade tardia (Giddens, 2002). Neste contexto, as identidades não são percebidas como formações acabadas e vinculadas a grupos fechados como a família, o trabalho, a igreja, etc. ou ainda atreladas a grupos étnicos ou sexuais, mas sim, são projetos construídos e transformados individualmente, geralmente em contestação às normas sociais amplamente legitimadas.

Segundo Hall (2011), o debate sobre as identidades torna-se ainda mais significativo nesse ambiente instável e híbrido, onde o deslocamento da identidade como fixidade cultural abre espaço para construções individuais que borram as fronteiras entre a psicologia e a sociologia. Nesse sentido, o termo identificação passa a ser utilizado no âmbito da discussão sobre as identidades para ampliar a visão que enfatiza as práticas discursivas dos sujeitos, tornando-as também processos de subjetivação. Falaremos a seguir sobre as perspectivas identitárias a que estamos nos reportando, seus contextos de emergência e suas características mais gerais, para posteriormente expormos suas conexões com a ideia de empoderamento.

Ainda neste capítulo, falaremos sobre a elaboração de estratégias de poder ligadas ao parto humanizado, ou seja, da luta pelo empoderamento das mulheres. Percorreremos os conteúdos teóricos do conceito de empoderamento, que, nesse trabalho passam pela sociologia de Giddens (2002), por movimentos de mulheres e feministas (Lisboa, 2009; Léon, 1997) e pelos estudos ligados à promoção da saúde (Carvalho, 2004; Carvalho; Gastaldo, 2008). Por fim, alcançaremos as suas utilizações práticas, compreendidas a partir do *corpus* de nossa pesquisa de campo, que contém sentidos atrelados à demarcação da diferença e a sentimentos de autoconfiança, com o que, muitas vezes, o termo perde o seu potencial de transformação social para restringir-se à esfera pessoal e psicológica.

## As múltiplas construções das identidades contemporâneas

Neste trabalho, compreenderemos o termo identidade considerando as descrições e conformações enunciadas por autores como Agier (2001), Giddens (1997; 2002), Bauman (2003; 2005), Velho (2013), Hall (2011; 2014), entre outros, em detrimento da noção coesa e única simbolizada pelo sujeito iluminista, um modelo de identidade que privilegiou uma razão essencializada e que hierarquizou os sujeitos na sociedade de maneira inata. Em oposição a essa visão, os autores mencionados revelam que o dinamismo e a fluidez culturais são a um só tempo, o espaço da chamada crise das identidades e também o lugar privilegiado para a busca e a elaboração “de novos contextos e retóricas identitárias” (Agier, 2001).

As identidades são concebidas no plural por tratar-se de um movimento construtor de ideias, de valores, de representações, de imagens, de sentimentos, de expectativas, enfim, dizem respeito aos recursos que os sujeitos já possuem ou que estão buscando adquirir e que, articulados e organizados de uma maneira coerente para ele próprio, irão conformar os seus projetos ou as suas “narrativas de si” (Giddens, 2002). Agrupados, esses discursos de trajetórias irão propor reflexões, questões e objetivos para impulsionar os sujeitos em suas ações, sejam elas cotidianas ou mais amplas politicamente – “A tarefa de um construtor de identidade é, como diria Lévi-Strauss, a de um *bricoleur*, que constrói todo tipo de coisas com o material que tem a mão (...)” (*apud* Bauman, 2005, p.55).

Apesar de significativas diferenças na abordagem, que podem ser mais analíticas ou mais críticas, podemos notar, entre os autores citados aspectos relevantes de convergência no que diz respeito à compreensão do conceito de identidade tal como pretendemos explorar nos temas ulteriores desse trabalho. Nesse sentido, percebemos que a identidade deixa de ser um dogma ou um atributo inerente aos indivíduos, para expressar as relações destes com a sociedade, lugar onde diversificam suas possibilidades de ação e identificação. Especificamente, exploraremos as características das identidades de mulheres que se organizam para o preparo e a conquista de partos humanizados na cidade de Maringá, o que anuncia, possivelmente, experiências de maternidade inovadoras. Deteremo-nos, então, nas semelhanças e nas convergências dos autores em questão, principalmente quando pensam os processos de identificações na contemporaneidade.

Agier (2001) afirma que já nas décadas de 1960 e 1970, quando o debate sobre as identidades tornava-se onipresente nos estudos antropológicos, as construções das identidades adquiriram a irrefutável característica de demarcar a diferença entre os grupos sociais.

Construídas no limite da fronteira que separa o “eu” do “outro”, ou seja, no contato entre os grupos, a importância das identidades se alicerçava na elaboração e no fortalecimento de si como uma forma de diferenciar-se de outros movimentos culturais. A noção de fronteira (Lévi-Strauss), acrescida da ideia de alteridade (Fredrik Barth), tornava-se o foco de uma antropologia das identidades, que passava a privilegiar, em suas análises, os aspectos contextuais, relacionais, construtivistas e situacionais dos grupos a serem estudados.

A premissa contextual retirou dos estudos sobre as identidades uma possível “essência” identitária que antecede o lugar social no qual estão inseridos os indivíduos. Ao contrário, vinculou-as ao contexto histórico em que são produzidas, bem como ao diálogo com seus interlocutores. A abordagem relacional salientou os múltiplos olhares externos que se tornam as referências para a construção de si como sujeito, revelando a importância dos relacionamentos e dos encontros propiciados pelo meio urbano para “modificar” os pertencimentos originais.

A dimensão construtivista apresentou o permanente processo de elaboração identitária, composto pelas representações dos atores sociais em dois momentos diferentes: por um lado, refletiu sobre a necessidade de edificação de “fronteiras simbólicas” para diferenciar-se socialmente e, por outro, focalizou a criação dos conteúdos (em fluxo) que serão criados e declarados culturalmente. Já o olhar situacional colocou em evidência as interações entre os sujeitos no momento em que a ação engajada ocorre; demonstra o grau de interesse do grupo de maneira delimitada e admite que, em situações limites ou em contextos específicos, a atuação do grupo abarque possíveis contradições internas com relação ao conjunto de crenças anteriores, afinal “[o] caminho que vai da cultura à identidade, e vice-versa, não é único, nem transparente e tampouco natural, ele é social, complexo e contextual” (Agier, 2001, p. 10).

Embora essa discussão já tenha avançado bastante, tais premissas seguem presentes em análises mais contemporâneas. Os discursos que apresentam a identidade sem uma essência coesa e como relações dinâmicas situadas no tempo e no espaço, inclusive nas dimensões de gênero, somente deram propulsão para que o tema fosse intensamente discutido e explorado. Identidades individuais e coletivas são continuamente produzidas, rejeitadas e transformadas em função dos variados modelos com que cada um se depara em seu cotidiano. A apropriação e reprodução desses modelos vinculam-se a representações tradicionais, espirituais, existenciais, biológicas, culturais, entre outras, sendo que todas elas são passíveis de serem acionadas pelos sujeitos dependendo do tema tratado e da pergunta feita.

Tais características das identidades ou das identificações dos sujeitos desembocam nos argumentos levantados por Giddens (2002), Velho (2013) e Hall (2011), nos quais, as experiências do dinamismo, das descontinuidades e da inconstância da vida moderna não culminam no abandono dos saberes tradicionais como os das parteiras, por exemplo, que de outra forma se faz presente, sobretudo em outra perspectiva revisada à luz de novos conhecimentos. Não há rompimentos com o passado histórico e com os saberes tradicionais, mas sim, diferentes apropriações deste com o intuito de aprimorar as relações sociais do presente e do futuro.

As identidades são, portanto, múltiplas e acessíveis por meio de escolhas dramáticas e reflexivas. Para Velho (2013, p.65) o indivíduo sujeito é àquele que faz projetos, organiza os meios para atingir objetivos e metas futuras e se percebe como singular em meio aos valores que a sociedade produz e reproduz. Desse ponto de vista, a necessidade das pessoas em atribuir um sentido específico as suas experiências individuais pode revelar uma tentativa de ruptura com determinados comportamentos padronizados ou uma “rejeição das formas amplamente difundidas de comportamento e consumo” (Giddens, 2002, p.13).

Nesse sentido, a busca de algumas mulheres pelo parto humanizado pode ser pensada como uma forma de resistência com relação à assistência obstétrica construída socialmente e o modelo de parto que detém uma maior adesão nos dias de hoje, ou seja, a cesária. A busca por uma vivência única, planejada ou “um parto só meu, com o meu ritmo, o meu tempo” (Notas de trabalho de campo) nos mostra, por um lado, à afirmação de uma individualidade, da vontade de desafiar os discursos sociais impondo barreiras para sua suposta naturalidade. Por outro, também expressa à autoconfiança de algumas mulheres, a crença em suas razões pessoais e em seus corpos, onde impor-se a um desafio, mesmo que desvalorizado socialmente como é o parto vaginal ou domiciliar, significa ter uma experiência de poder, força e autonomia.

Quando você descobre que pode tomar decisões, então o melhor é se preparar para elas não é? Você deixa de aceitar qualquer comentário, é uma abertura para questionar, lutar contra as imposições. Sem informações você se sujeita a opinião dos outros. Se eu não tivesse me informado, não tivesse conhecido o Maternati, eu teria feito o que os outros queriam, uma cesária ou um parto normal com intervenções como a episiotomia – porque, para mim, eram normais essas intervenções – então, quando eu passei a frequentar o Grupo, voltei a consulta médica falando que não queria a episiotomia, não queria a ocitocina sintética, o sorinho... e a médica logo falou: “olha, quem faz o parto sou eu, eu estudei para isso, eu faço parto há 30 anos e sou eu quem sabe o que é necessário fazer.” Foi ela quem tinha feito a cesária da minha irmã, então eu disse não dá. Ela falou: “eu faço episiotomia de rotina”, não tinha diálogo. Eu fui embora e não voltei mais (Elis, entrevista de 12/09/2013).

A atual escolha pelo parto humanizado pode apresentar-se carregada de idealismos, como um retorno ao tradicional ou ao caminho das nossas antepassadas. No entanto, em alguns casos, percebemos que as memórias da experiência do trabalho de parto e do parto são transfiguradas em experiências de êxtase e prazer propositalmente.

Com a ajuda de fotos e vídeos editados, são propagados pelo Grupo Maternati, referências, por parte de algumas mulheres, a momentos exclusivos, planejados, ricos em detalhes e músicas que retratam uma atmosfera de nascimento que se opõe tanto àquela representada pela mídia, geralmente carregada de gritos, medo, dor, desespero e sofrimento, quanto das imagens do passado mais longínquo, onde o parto natural poderia ser precário, difícil e muitas vezes mau sucedido. Esses vídeos e relatos, construídos de fragmentos de experiência, são o que as mulheres do Grupo “escolhem” para representar seus partos. Mesmo que não sejam inteiramente “reais”, é assim que elas querem ver retratadas as suas experiências.

Podemos ver nessa intenção a tentativa de criar novos modelos para os partos contemporaneamente. A vontade de mudança na forma como são realizados os nascimentos dentro das instituições hospitalares, consideradas pelas mulheres do Grupo Maternati neutras emocionalmente, “branca e asséptica” (Notas de campo) pode ser observada. Esvaziar o parto de uma dor necessária, do medo e do sofrimento, pode ser parte de um discurso que intenciona torná-los acontecimentos mais facilmente empáticos para outras mulheres. Uma experiência incorporada à vida sexual e parte de convicções ou estilos de vida anteriores. O parto entra, assim, no bojo dos projetos de vida, reforça-os e, depois, como um enriquecimento das vivências, é divulgado dentro do Grupo de uma maneira que visa criar novas identificações para outras participantes. O parto humanizado tende a unificar valores emocionais como a intuição, o instinto e a sensibilidade, com valores bastante racionais como o planejamento, a segurança e a diminuição dos riscos.

Outra faceta do discurso do parto humanizado é colocar o parto como um desafio por ser conquistado e não como uma fatalidade biológica. Associar essa escolha a um posicionamento novo, engajado e consciente das barreiras a serem superadas, assemelha-se, ao nosso ver, a temas de interesse dos movimentos feministas como, por exemplo, a negação da determinação biológica e a busca por autonomia e poder dentro da sociedade, questões que, especialmente no âmbito da saúde, trouxeram uma importante centralidade para a elaboração de novas identidades para as mulheres.

Segundo Giddens (2002, p. 210), mesmo atualmente, os papéis femininos podem ser considerados restritos e, geralmente as identidades socialmente disponíveis para as mulheres tendem a refletir orientações masculinas. No que diz respeito à assistência ao parto, essa visão pode ter respaldo, pois, em uma medicina historicamente exercida por homens e por conhecimentos tradicionalmente baseados na fragmentação do corpo feminino, mesmo com o aumento de mulheres nesse campo, ainda não é possível verificarmos uma ruptura com esses valores tão arraigados na prática médica. Em Maringá, a maioria dos relatos das participantes do Grupo Maternati aponta a escassez de obstetras mulheres na cidade e também o fato de que não há diferença significativa em suas condutas com relação aos obstetras homens, ou seja, ambos baseiam suas práticas em estudos que patologizam o corpo da mulher, assumem o parto como doença e reiteram intervenções historicamente fixadas pelo olhar masculino.

Nesse sentido, podemos afirmar que o movimento de humanização do parto é o resultado de uma demanda pelo aumento de paradigmas e de papéis sociais que contemplem a diversidade entre as mulheres e suas decisões reprodutivas. Tais escolhas, nessa perspectiva, passam tanto pelo crivo individual, como por questionamentos que atingem os valores culturais predominantes na sociedade. Apesar dos avanços, o que os grupos feministas reivindicam ao longo das últimas décadas no âmbito da saúde e dos direitos reprodutivos, na prática, não foi concretizado. O corpo feminino, em parte emancipado política e economicamente ainda busca os meios para sua definição, afirmação e para a expressão de sua sexualidade. Pensamos, que a procura pelo parto humanizado ou um parto “mais natural” e “prazeroso”, pode ser um exemplo que se insere nesse processo.

Além disso, as entrevistas realizadas com as participantes do Grupo Maternati revelaram um constante diálogo com representações culturais consideradas arraigadas nas relações sociais e que, reproduzidas pela mídia e pelo cinema, tornam o parto um fenômeno em si perigoso, um motivo de desespero, medo e dor. Tais representações do parto, segundo as interlocutoras, necessitam ser superadas por outra visão. Ao estabelecer essa oposição, característica do processo de construção das identidades, o discurso do parto humanizado enfatiza diferentes olhares sobre esse processo, entre eles a ideia de parto como expressão de um poder ligado ao feminino ou como o discurso nativo diz de “empoderamento das mulheres”.

Bauman (2005) também pensa as identidades nesses moldes fluidos, ambivalentes e embora apresente uma crítica quanto à volatilidade e a descartabilidade dessas identidades forjadas, o autor salienta que a atualidade detém uma liberdade única e fundamental para o

questionamento “das rotinas preestabelecidas e das verdades inquestionáveis” (2005, p.56). Tal postura libertária surge acrescida de um sentimento de confiança e de uma capacidade de fazer escolhas; escolhas que assumidas pressupõem riscos. Estes, por sua vez, ao serem admitidos, poderão ser suavizados pelas “relações de confiança”.

Segundo o autor, o estabelecimento de relações de confiança na atualidade são compromissos individuais. Cabe a cada indivíduo o esforço de buscar suas próprias identificações, modelos e relacionamentos. Não vivemos mais uma época, marcada pela modernidade, em que o sentimento de pertencimento era tradicionalmente investido pelo grupo étnico, pelo gênero, pelo trabalho, pela família ou pela religião. Bauman (2005) chama a atenção para o fato de que nas novas relações de confiança, os motivos que unem os indivíduos são puramente frutos de sua própria identificação e escolha<sup>54</sup>, ou seja: enquanto determinados valores fazem sentido para a agência individual, a fim de servir a objetivos específicos, a identificação permanece ativa. Ao contrário, se os temas que anteriormente fossem considerados motivadores perecerem, podem ser abandonados ou substituídos por outros mais novos e vigorosos.

Assim ocorre com as mulheres envolvidas com o projeto do parto humanizado. Se for importante para elas manterem-se integradas ao Grupo Maternati, a fim de transmitir ou trocar experiências, elas permanecem conectadas a rede; porém, quando outros interesses emergirem e sobrepujarem os anteriores, essas mulheres sentem a liberdade para redefinirem e redirecionarem seus projetos identitários.

Com relação ao Grupo Maternati observamos os dois movimentos, o de entrada e o de saída, com destaque para o primeiro. Diariamente muitas mulheres são estimuladas e indicadas para entrar no Grupo. Isso ocorre por meio de convite ao grupo virtual, aos encontros presenciais ou através das indicações de leitura e de vídeos. Percebemos também que àquelas que já conquistaram os seus partos, mesmo ausentes dos encontros presenciais, permanecem aconselhando virtualmente as outras mulheres participantes. Em temas específicos e polêmicos (como a escolha do tipo de parto) elas continuam se manifestando e testemunhando em favor dos valores que acreditam.

---

<sup>54</sup> Bauman (2005, p.37) não vê essas novas possibilidades de cooperação e relacionamentos como algo intrinsecamente bom ou ideal. Ao contrário critica a precariedade, a falta de solidez e a durabilidade dessas comunidades que ele chama de “guarda-roupa” pela superficialidade. No entanto, utilizamos de suas ideias pela potencialidade que essas novas configurações de grupos possuem de realmente criar laços emocionais, solidários e tornarem-se uma importante forma de partilha nos dias atuais.



Mesmo eu já tendo o meu filho, que nasceu em um parto domiciliar, eu continuo apoiando as mulheres do Maternati em suas escolhas. Eu acho muito importante o relato, o testemunho e, ao mesmo tempo, eu ainda me sinto parte do grupo porque eu compartilho de seus valores e ideias; eu sinto que tenho o papel de dizer o que se passou comigo e como eu conquistei o meu parto porque essa é uma forma de abrir caminhos para as outras mulheres. Eu quero que todas as mulheres que desejam um parto como eu desejei, natural e único, realizem a sua vontade (Elis, entrevista de 12/09/2013).

Gostaria de fazer um relato sobre o nascimento do nosso querido (nome do filho). Quero fazer isso por você. Quero que você sinta o que eu senti, quero que você fique mais empoderada depois de ler o que eu tenho para contar. Já comecei um relato, fiz pela metade e desisti. Tinha escrito acontecimento por acontecimento... mas quando eu li, não me identifiquei com aquilo... aquilo não era o que eu vivi. Citar datas, horários, e acontecimentos em ordem cronológica não vai dar certo se você quiser sentir o que eu senti na hora que dei à luz. Usar nomes e falar de técnicas também não vai dar certo. Pode esquecer de tudo que já ouviu falar de parto. Para entrar nesse mundo comigo, basta uma mente aberta e um coração aberto (Relato de parto Ísis, integrante do Maternati).

Assim, a atuação das mulheres no grupo não termina com a realização do parto. Na contramão das “comunidades guarda-roupa”, descritas por Bauman (2005, p.37), que seriam rapidamente trocadas e esquecidas, como a um espetáculo finalizado, as relações que encontramos entre as mulheres do Maternati se parece mais com a tão “(...) sonhada comunidade calorosa e solidária (...)” que para Bauman (p.37) parece não se concretizar. Dentro do Grupo, a ideia de formação de um projeto que se inicia como os conhecimentos vindos da preparação para o parto e do parto, direcionando novas demandas para a vida e novos posicionamentos diante das questões que ela apresenta, nos parece mais apropriado do que falarmos de uma experiência que se encerra ou que tem uma finalidade contida em si mesma.

Um exemplo pode vir da noção de empoderamento, discurso apropriado pelas mulheres do Grupo Maternati e que aparece na nomenclatura de diferentes movimentos sociais, principalmente os que reivindicam direitos no campo da saúde como, por exemplo, o movimento de humanização do parto, os movimentos feministas, o movimento dos homossexuais na luta contra o HIV, no projeto de promoção à saúde, entre outros. Nesses grupos, o empoderamento surge como um componente fundamental das narrativas identitárias, podendo ser de extrema importância para a proposição de mudanças, sejam elas individuais ou coletivas. O empoderamento passa a ser uma estratégia de ação desses sujeitos e recebe diferentes conotações à medida em que novas relações sociais se consolidam.

Como vimos, são muitos os discursos que compõem o que chamamos de “narrativas identitárias”. Cada um deles é um desdobramento das relações entre os indivíduos e a sociedade e sua variabilidade, segundo Agier (2001), pode guardar conflitos e contradições

internas. No jogo das identidades, todas as narrativas negociam permanentemente seus significados, buscando clareza e coerência. Nos encontros do Grupo Maternati, cada tema proposto demanda a construção de um discurso eficaz, sempre crítico de um sistema obstétrico que consideram arbitrário. No entanto, priorizar o discurso da Medicina Baseada em Evidências pode contrastar com a ideia de um parto conquistado por um poder feminino. Embora ambos os discursos sejam construídos em diálogo com temas de âmbito cultural, cada um deles enfoca um aspecto do nascimento: o primeiro destaca argumentos em prol de uma melhor saúde para o bebê; já o segundo afirma o posicionamento central da mulher no parto.

Então, do complexo conteúdo que chamamos identidades, podemos somente desenredar alguns fios. Trilhas que interessam especificamente ao tema deste trabalho.

### **Sentidos teóricos do termo empoderamento: discursos da sociologia, do movimento de mulheres e do projeto de promoção à saúde**

Dentre o repertório de identificações solicitadas pelos sujeitos dessa pesquisa, a identidade de “mulher empoderada” é, sem dúvida, um tópico de grande destaque nas conversas do Grupo Maternati. No decorrer dos encontros, pudemos presenciar o uso desse termo em diferentes contextos e situações. Dessa forma, a partir da pesquisa de campo, trabalharemos com a hipótese de que a afirmação do empoderamento é um eixo central para a conquista do parto humanizado. Ao perpassar a solidariedade entre as mulheres, gerar o fortalecimento para reivindicar liberdades e sustentar a expressão de uma autoconfiança, o termo empoderamento esteve presente nas discussões do Maternati e nas entrevistas concedidas para a realização deste trabalho.

Por esse motivo, julgamos importante resgatar as utilizações teóricas desse conceito e investigar seus significados e intenções. Esse traçado histórico visa também uma melhor compreensão nativa do termo empoderamento.

Segundo Magdalena León<sup>55</sup>, o termo empoderamento tem uma grande importância para os movimentos sociais e para a teoria sociológica, principalmente por se referir a uma relação social culturalmente condicionada (León, 1997, p.1). Revestido de conteúdos simbólicos, o conceito adquire diversas roupagens e sentidos, sem com isso deixar de lado

---

<sup>55</sup> O livro *Poder e empoderamiento de las mujeres* (1997) e o artigo *Empoderamiento: relaciones da las mujeres con el poder*, do mesmo ano, possuem somente versões em espanhol. Ambos, ao serem incorporados a este trabalho, foram livremente traduzidos para o português.

uma estratégia de ação fundamental, qual seja: o questionamento do *status quo* a fim de viabilizar, na vida cotidiana, transformações de cunho estrutural, cultural e social.

De acordo com Giddens (2002, p.131), o empoderamento está vinculado a uma postura dos sujeitos reflexivos na modernidade tardia. A reflexividade, característica imanente desse período, propõe que o conhecimento tradicional não foi superado pela racionalidade da modernidade simples ou pós-tradicional, mas, ao contrário, o princípio da dúvida continua presente na vida cotidiana e constitui uma dimensão existencial do mundo social contemporâneo.

Para o autor, todo conhecimento acumulado, tanto pela tradição quanto pela ciência, estão acessíveis na alta modernidade, e representam as múltiplas fontes de “autoridade” existentes socialmente. Estas, porém, não são independentes das ações dos indivíduos, mas estão vinculadas às suas apropriações, combinações e escolhas. Os sistemas de “conhecimento especializado”, antes restritos a um grupo minoritário da sociedade, na alta modernidade estão acessíveis a uma maior parte da população, intensificando o caráter consultivo a diversos campos do saber e promovendo o que Giddens denomina “contexto de múltipla escolha filtrada por sistemas abstratos” (Giddens, 2002, p.79).

Nesse ambiente complexo, os indivíduos têm uma grande variedade de escolhas a fazer no sentido de alcançar as experiências que deseja; ao mesmo tempo, afirma Giddens, eles recebem “pouca ajuda” sobre quais opções deve selecionar. Nessa perspectiva, a escolha pelo parto humanizado em um contexto onde a cesária é um discurso dominante (“epidemia de cesarianas” e “cultura da cesária” são as expressões utilizadas em muitas pesquisas, como a de Carneiro, 2011), implica não somente em recolher o máximo de conhecimentos disponíveis para legitimar essa escolha, mas também enfrentar os desafios que um modelo de resistência impõe por natureza. Mobilizar diferentes saberes sejam eles, científicos, feministas, tradicionais, ecológicos, epidemiológicos, etc., é parte desse processo.

Para Giddens, todos os saberes produzidos socialmente e repassados de indivíduo a indivíduo são chamados de sistemas abstratos (2002, p.223). A ampliação dos sistemas abstratos nas sociedades atuais, para o autor, é uma condição da alta modernidade e seu aumento pode criar quantidades crescentes de poder espalhados por diversas esferas da vida social. A partir desse raciocínio, o mecanismo de descolamento das relações sociais de seus contextos originais e locais para posterior recombinação através de distâncias indeterminadas no tempo e no espaço, também aumenta as manifestações de exercício do poder. Nesse sentido, todo o conhecimento produzido mundialmente sobre determinado “campo de

interesse” pode ser acessado localmente. A incorporação desses conhecimentos pelos indivíduos podem modificar seus pertencimentos originais, fazendo-os agir no sentido de reverter “processos de dominação”.

No que diz respeito ao Maternati, pudemos observar um discurso sempre repetido pelas coordenadoras do Grupo e por suas participantes de que na cidade de Maringá há uma grande dificuldade em garantir a realização do parto humanizado tal como os movimentos sociais o tem reclamado desde a década de 1990. Conseguir uma assistência ao parto natural, respeitosa, baseada em evidências científicas, isenta da manipulação e das intervenções no corpo da mulher, pautada por uma relação informada, pelo consentimento entre o médico e a gestante, é, portanto, um fato que contraria o modelo assistencial presente dentro dos hospitais nesta cidade (e em grande parte do Brasil).

O modelo biomédico, naturalizado historicamente como eficiente e bem intencionado, atualmente é revisitado por mulheres e pesquisadores (muitos deles ligados ao movimento de humanização do parto em âmbito acadêmico ou governamental), que o consideram um modelo esgotado, ineficaz e de efeitos danosos desnecessários, não somente às mulheres submetidas à assistência, como aos bebês nascidos nesse contexto.

Com o advento da internet, as usuárias e suas famílias conhecem a realidade de outros países, onde políticas públicas promovem o parto espontâneo e centrado na mulher. Entram em contato com a literatura científica e de direitos sobre o parto (em linguagem “livre de jargão”, dirigida a usuárias), o que leva a um choque cultural frente às crenças dos profissionais de saúde. Ao se apropriarem da informação antes monopolizada pelo médico, as usuárias relativizam a autoridade do profissional, afirmam sua insatisfação com o que é oferecido, reinterpretam sua experiência, denunciam a violência a que se sentem submetidas, e reivindicam seu direito de escolha e recusa informada (Diniz, 2014, p. 217-218).

Diante desses fatos e da constatação de que os valores que embasam a assistência obstétrica no Brasil são perpassados por desiguais relações de gênero e de poder e, além disso, por uma percepção cultural condicionada dos papéis femininos, vemos atualmente grupos de mulheres que utilizam o termo empoderamento para reagirem e questionarem essas imposições sociais que, ao longo de décadas, redundam em afirmar que o parto é sofrimento, patologia e risco<sup>56</sup>. Para Giddens, o empoderamento é uma ferramenta de ação que se dirige a

---

<sup>56</sup> Sobre esse ponto Mônica Bara Maia acrescenta: “De fato, a medicina após o Renascimento se ocupou intensamente em construir um discurso científico acerca da mulher e de sua natureza, que tinha como principal motivação justificar as desigualdades da nova ordem social. A definição iluminista da “mulher” contempla o determinismo biológico e a centralidade do útero, e sua vida passou a ser descrita como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos, entre eles a gravidez e o parto” [...] “A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos) e a práticas cada vez mais intervencionistas, fatos que foram usados para construir uma

grupos historicamente posicionados como dominados, no sentido de intervir na reprodução de sua dominação e com isso:

[...] alterar o mundo material e transformar as condições de suas próprias ações. A reapropriação desse poder oferece oportunidades genéricas não disponíveis em eras históricas anteriores. Esse empoderamento é tanto individual quanto coletivo, embora as relações entre esses dois níveis seja muitas vezes emaranhada e difícil de elucidar, tanto pelo analista quanto pelo leigo no nível da vida cotidiana (Giddens, 2002, p.130).

O termo empoderamento, nas afirmações do autor, está relacionado à reflexividade e à capacidade dos sujeitos em retomar saberes que dizem respeito às suas próprias experiências. No processo de construção das identidades, a participação ativa nos relacionamentos sociais podem equilibrar poderes e efetivar releituras dos conteúdos da cultura. Nesse sentido, o empoderamento dos sujeitos pode vir a retirar a hegemonia dos sistemas especializados (como o exemplo da medicina) que, por sua vez, passam a constar como pontos de referência e de identificação, com quem se dialoga para promover ou não uma incorporação crítica.

Nesse sentido, o descentramento identitário<sup>57</sup> dos indivíduos na atualidade, tema proposto por Hall (2011) como um fenômeno que recai sobre os sujeitos em suas transformações ao longo dos tempos, nos textos de Giddens (2002), se estende também à sociedade, suas instituições e relações como um todo. Em outras palavras, a problematização sobre os papéis dos sujeitos, suas posições sociais, institucionais e profissionais que antes eram consideradas a partir de uma hierarquia historicamente fixada pelas instâncias socializadoras, na atualidade possuem uma grau de autonomia passível de questionar essas instituições de acordo com individualidades específicas.

O acesso à informação e aos conhecimentos científicos, mobilizados nos dias de hoje mais facilmente pela internet, preparam e organizam diversificadas redes de movimentos que ganham espaço e adesão na produção de novas compreensões e discussões sobre seus temas

---

imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos. Por outro lado, a perseguição, desqualificação e banimento das parteiras também fizeram desaparecer um conjunto significativo de conhecimentos das próprias mulheres sobre seus corpos, suas dinâmicas e seus produtos” (2008, p.37).

<sup>57</sup> Segundo Hall (2011) a concepção de identidade originária do sujeito iluminista baseava-se no princípio da soberania racional. A razão, considerada unificada, centrada e autônoma era o centro primordial dos indivíduos; nascia com ele e desenvolvia-se de forma crescente e evolutiva; No sujeito sociológico, a reflexão pauta-se pela complexidade do mundo moderno e pelo questionamento da autonomia e da centralidade das identidades construídas; as identidades, na concepção sociológica, unificam e estabilizam os sujeitos, a estrutura social e os mundos culturais aos quais pertencem. Por fim e vislumbrando a contemporaneidade, a análise de Hall demonstra um movimento que avança e pretende superar as premissas dos sujeitos anteriores: segundo o autor, o sujeito fragmentado da pós-modernidade é composto não por uma identidade, mas por várias identidades que podem não ser coesas ou resolvidas entre si. As novas identidades podem até mesmo ser contraditórias – daí sua definição histórica, e não biológica.

de interesse. Quando os indivíduos alcançam tais redes e seus conteúdos de forma local, ao optar por consultar um especialista, por exemplo, podem estabelecer com ele uma relação mais igualitária<sup>58</sup> ou menos desigual. Dessa forma, o indivíduo descentrado de Hall (2011), descentra também os núcleos da sociedade a qual pertence, unificando parcialmente categorias como indivíduo e sociedade. Conseqüentemente, os conhecimentos disponíveis de forma “mais pulverizada” retira de um único especialista (geralmente o oficial) o privilégio de único habilitado a formular discursos.

A reflexividade da modernidade de fato solapa a certeza do conhecimento, mesmo nos domínios centrais da ciência natural. A ciência depende não da acumulação indutiva de demonstrações, mas do princípio metodológico da dúvida. Por mais estimada e aparentemente estabelecida que uma doutrina científica seja, ela está aberta à revisão – ou poderá vir a ser inteiramente descartada – à luz de novas ideias ou descobertas (Giddens, 2002, p.26).

O que esta citação nos indica, especificamente para o tema em estudo, é que os conhecimentos que circulam em nossa sociedade, incluindo os científicos, são construções pautadas por valores e perspectivas, às vezes, arbitrárias. Antes de serem verdades absolutas, os saberes médicos ligados à saúde e ao parto podem ser revisados e repensados, pois foram historicamente elaborados. Como diz Giddens, em nossa época o “princípio metodológico da dúvida” se faz fundamental para que o dinamismo de novas descobertas seja mantido. Nesse sentido, a Medicina Baseada em Evidências (MBE), conhecimentos com os quais dialoga o movimento de humanização do parto, garante a vigência dessa proposta.

Os conceitos e terminologias médicas mudam à medida que as teorias são revisadas ou descartadas. Além disso, a qualquer momento há desacordo substancial, às vezes radical, dentro da profissão médica sobre os fatores de risco e também sobre a etiologia dos maiores perigos para a saúde. [...] A avaliação dos riscos para a saúde está misturada ao “quem tem razão” nessas disputas. Pois embora um perfil de risco seja desenvolvido em qualquer momento no tempo possa parecer objetivo, a interpretação do risco para um indivíduo ou para uma categoria de indivíduos depende de terem ou não sido feitas mudanças de estilo de vida [...] Diante de tal complexidade, não é de surpreender que algumas pessoas deixem de confiar em praticamente em todos os praticantes da medicina, quem sabe consultando-os apenas em momentos de desespero, e atendo-se aos hábitos estabelecidos formados por elas mesmas (Giddens, 2002, p.115).

No que se refere ao conceito de empoderamento, para Giddens, as escolhas realizadas a partir de um processo de “requalificação e apropriação” permanente e conduzido pelos

---

<sup>58</sup> O termo relação igualitária, nesse caso, refere-se a um posicionamento de resistência com relação às hierarquias; a busca por conhecimentos que tragam um sentimento de segurança e de autonomia frente à relação com os especialistas.

sujeitos, podem gerar empoderamento (2002, p.132). Essa dedicação à realização de uma escolha razoavelmente informada não é apenas uma preferência comportamental. Segundo o autor, ela também informa as narrativas identitárias e, normalmente, diz algo sobre o estilo de vida das pessoas envolvidas. Entretanto, como o empoderamento nessa visão irá se traduzir em ações é onde se localiza o problema. Isso porque os indivíduos não se empoderam inteiramente e irrestritamente. Empoderam-se em momentos decisivos e em relações e questões pontuais e específicas.

Para ampliar essa explanação, vejamos qual a percepção da categoria empoderamento nos trabalhos ligados ao projeto de promoção à saúde que, atendendo a uma demanda iniciada na década de 1970 e aos propósitos da Organização Mundial de Saúde, influenciou também na elaboração de políticas públicas em diversos países, entre eles, o Brasil. Segundo Carvalho, o conceito de empoderamento presente no ideário da promoção à saúde é um dos núcleos filosóficos dessa abordagem e procura possibilitar que indivíduos e coletivos ampliem o “controle sobre os determinantes da saúde para, dessa maneira, terem uma melhor saúde” (2008, p.1090).

O projeto de promoção à saúde tem suas raízes a partir dos chamados “novos movimentos sociais”, ou seja, das lutas pelos direitos civis, do movimento feminista e da ideologia da ação social. Na década de 1990, recebeu influxos do movimento ligado aos direitos de cidadania e propôs um enfoque sobre a prática médica, a qual pretendeu, simultaneamente, transformar e aprimorar. Assim, o projeto incorpora o termo empoderamento de forma estrutural e deposita nele a expectativa de um potencial de mudança para as práticas comunitárias e profissionais em exercício na medicina. No entanto, apesar desses estudos trazerem explicações mais detalhadas sobre a definição do termo empoderamento, assim como nos escritos de Giddens (2002), tal campo de reflexão revela dilemas para uma compreensão definitiva.

Alguns desses dilemas, nas palavras de Carvalho (2004, p. 1090), passam por questionamentos fundamentais como, por exemplo: qual a teoria sobre o poder sustenta o conceito de empoderamento? É possível um processo de empoderamento que não questione as estruturas existentes?

A fim de avançarmos a discussão, tentaremos responder parcialmente essas indagações com ideias apresentadas por Giddens (2002, p.130-133) e Léon (1997), que nem sempre se referiram ao empoderamento como um conceito vinculado estritamente a saúde, mas, em seus

textos, também o utilizaram em referência à relação médico e paciente ou ao relacionamento entre sujeitos e saberes médicos.

Para Giddens (2002, p.130), o desenvolvimento das ciências médicas está atrelado ao fato de que aqueles que no passado possuíam conhecimentos empíricos de cura e habilidades no cuidar (como era a situação das parteiras), fossem hoje despossuídos da autoridade de exercê-los. Essa desapropriação de saberes, segundo o autor, está atrelada a construção de poderes por parte dos médicos, considerando que ambos os conceitos (saber e poder) aparecem imbricados nas relações sociais como um todo.

Era do interesse dos médicos limitar o poder das parteiras e restringir os seus conhecimentos. Os livros que escreveram para as parteiras omitiam uma grande quantidade de informações importantes a pretexto de que só os médicos deveriam saber certas coisas. Num destes livros, *The Midwife Rightly Instructed*, o autor declara que as parteiras não devem saber como tratar hemorragias e que não devem aspirar a 'ir mais além das capacidades de uma mulher' (Kitzinger, 1978, p.98).

Outra faceta da especialização técnica dos saberes ou do conhecimento advindo da medicina é o fato de que ela traz em si a impossibilidade de se ter um conhecimento aprofundado em muitas áreas do conhecimento científico; nesse sentido, a ampliação do que o autor chama "sistemas abstratos" está associada à reapropriação de saberes por parte dos leigos, que de alguma forma "continuam qualificados e competentes nos contextos de ação em que suas atividades têm lugar" (Giddens, 2002, p.130).

Nesta linha de pensamento, o descolamento das relações sociais de seus contextos globais para posterior recombinação no tempo e no espaço, associado à expansão dos sistemas especializados, aumentam as quantidades de poder presentes na dinâmica social e, com isso, a possibilidade de escolha dos sujeitos. A qualificação e a competência, cotidianamente produzidas, não significam apenas uma reapropriação dos conhecimentos, mas, em certas circunstâncias e contextos, o próprio empoderamento dos indivíduos (Giddens, 2002, p.130).

De outro lado, vemos nos escritos do autor que o empoderamento não está necessariamente vinculado a mudanças estruturais amplas e definitivas. O termo aparece mais atrelado a opções comportamentais, momentos decisivos e as decisões por estilos de vida, já que não existem formas específicas e únicas de poder e sim apresentações diluídas do mesmo. Nesses casos o empoderamento é mais uma atitude individual/participativa e um exercício de autonomia com relação a temas considerados importantes para o projeto da auto-identidade, do que um impulsionador de transformações radicais.



Os significados acima construídos conduzem a percepção do empoderamento como participação, autoconfiança, sentimento de pertencimento a determinados grupos ou, como um determinante na possibilidade de gerar mudanças em questões específicas. Também torna claro o fato de que o empoderamento pode ter início primeiramente em âmbito psicológico (Carvalho, 2004; Carvalho; Gastaldo, 2008), contudo não está totalmente acessível a todos os indivíduos, ou seja, permanece restrito àqueles que já conquistaram alguns espaços de atuação, sejam eles comunitários, educacionais, profissionais ou políticos.

No que diz respeito à perspectiva feminista, metas de empoderamento propostas em encontros mundiais<sup>59</sup>, precisamente sobre questões ligadas aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, problematizaram o fato atual de que os índices de mortalidade com causas relacionadas à gravidez, ao parto, ao aborto e à gravidez na adolescência culminam em milhões de mortes femininas anualmente.

Esses desfechos aparecem em documentos governamentais vinculados às relações sociais desiguais e as estruturas de poder que reproduzem a posição da mulher como submissa (Lisboa, 2009, p.304). Outra dificuldade apontada por Lisboa (2009) é a impossibilidade das mulheres darem autonomia às suas estratégias identitárias e até mesmo de colocar em exercício o seu empoderamento devido à predominância da visão cultural que atribui os cuidados domésticos, familiares e com as crianças a uma esfera feminina pouco valorizada e não remunerada.

Nesse sentido, o fato de algumas mulheres conquistarem certo grau de autonomia especificamente durante a gravidez e o parto atingindo, por exemplo, o projeto de parto humanizado, não garante a permanência dessa independência para além dessas experiências. Ao planejar o cuidado com os filhos, seja de forma independente ou através dos sistemas educacionais particulares ou públicos, essas mulheres podem vir a encontrar limitações de diferentes esferas.

No caso das mulheres que possuem garantias econômicas e que por isso escolhem por abdicar (mesmo que momentaneamente) da vida profissional para dedicarem-se aos filhos de uma forma planejada, outras “dependências” podem ser principiadas. Nesse sentido, e com o olhar para as mulheres do Maternati, para tornar concreta a experiência que chamam de

---

<sup>59</sup> Fórum Econômico Mundial. *Empoderamento de mulheres: avaliação das disparidades globais de gênero*. Genebra, 2005.

“maternidade ativa”<sup>60</sup> elas poderão acarretar, como consequência, uma dependência econômica com relação a outrem (geralmente o marido).

Entre aquelas mulheres que escolhem manter o retorno ao trabalho após um tempo de licença, as implicações estão em abdicar do contato direto com os filhos (em termos de quantidade de tempo, amamentação contínua, colo, etc.), sujeitando-se às licenças trabalhistas e a terceirização dos cuidados de suas crianças (muitas vezes realizados por outras mulheres que, por sua vez, também tiveram que terceirizar o cuidado com os seus próprios filhos).

Não prolongaremos essa discussão, mas, pontuamos a importância desses temas para percebermos que o empoderamento não se faz total e irrestritamente. Ele pode acontecer em situações específicas ou em “momentos decisivos” (Giddens, 2002) e, mesmo não possuindo um caráter definitivo e estrutural, pode ser transformador para temas pontuais e de fundamental importância para os envolvidos.

Além disso, a ideia de ter a posse de um poder, “poder gerador e produtivo” nos moldes apresentados por Foucault (1993), pode ser incorporado às identidades das mulheres, produzindo efeitos positivos de afirmação dos desejos, dos saberes, a ampliação das subjetividades, resultando em ressignificações corporais, outras visões da dor, do medo e até mesmo a necessidade de uma maior participação em temas apresentados socialmente como prontos e acabados (como pode ser o caso da assistência obstétrica, dos papéis femininos e maternos, entre outros).

Outro aspecto relevante para a discussão sobre os usos conceituais do termo empoderamento é o fato de o movimento feminista, que utilizava o termo com caráter emancipatório e acerca das relações de gênero, estar presente nas primeiras organizações que reuniram mulheres para discutir sobre parto e nascimento, como foi o caso da Rehuna – rede de humanização do parto e do nascimento. Para León (2007), foi a partir da década de 1970 que os movimentos feministas da segunda fase, consonantes com os diferentes movimentos de mulheres da época, começaram a utilizar e a discutir o significado do termo empoderamento.

Nos Estados Unidos já era utilizado o termo *empowerment* como uma forma de conceder, a determinados indivíduos, o exercício do poder sobre seus direitos pessoais e

---

<sup>60</sup> Entendemos a expressão “maternidade ativa” considerando todo o processo que é desencadeado com a preparação para o parto humanizado, a saber, a extergestação, a amamentação em livre demanda, o uso do *sling*, a criação com apego, a prática da cama compartilhada, etc. Percebemos também nessa nomenclatura uma vontade de ressignificação dos valores culturais difundidos sobre a maternidade como sofrimento, punição e cansaço. Nesse sentido “todo o caráter de sofrimento atrelado de uma maneira geral a tal experiência – o parto dolorido, a amamentação fatigante, a série de perdas costumeiramente associadas à maternidade – é negado no projeto da maternidade ativa” (Pulhez, 2014, p.17).

políticos. O termo em inglês também foi bastante propagado inclusive pelo movimento internacional de revisão das práticas obstétricas.

Tal grupo de obstetras vanguardistas consolidou uma crítica à medicalização do parto e evidenciou o cerceamento dos direitos das mulheres sobre seus corpos, questionando a visão da gravidez como patologia e discutindo a fundamentação científica dos saberes e das práticas médicas oficiais. A Medicina Baseada em Evidências intensificou a problematização dos conhecimentos que alicerçam as práticas obstétricas fomentando, posteriormente, a organização do movimento pela humanização do parto no Brasil na década de 1990.

No entanto, o sentido do termo empoderamento nesse contexto estava atrelado à ideia de “concessão de poder” (por parte de alguns médicos) e não da “tomada do poder” pelas mulheres (como parece ser a situação atual).

A incorporação da palavra empoderamento ao ideário feminista é, segundo Cook *apud* León (1997), uma estratégia linguística que visa efetivar mudanças nos papéis masculinos e femininos. Desse modo, a transformação social das identidades fixadas historicamente deveria ser acompanhada de mudanças na linguagem para, com isso, iluminar “novas construções ideológicas e imaginários sociais” (León, 1997). Segundo elas, a discussão acerca das nomenclaturas, realizada também nos estudos de gênero e sexualidade, foi fundamental para o desenvolvimento de novos campos de estudos acadêmicos que, em parceria com os movimentos sociais, começaram a conquistar maior autonomia para realizar suas próprias leituras das relações sociais, dos indivíduos e das identidades na modernidade tardia.

A apropriação do termo empoderamento atualmente (segundo o dicionário Oxford o vocábulo existe desde meados do século XVII) pelo movimento de humanização do parto no Brasil, pelas redes feministas de mulheres ou por grupos regionais que aspiram ao parto humanizado, como é o caso do Grupo Maternati, indica um sentido de sua atual aplicabilidade: a vontade que os sujeitos possuem de se tornarem agentes ativos e participativos, acionando, para isso, distintas formas de poder para cada situação concreta. Sobre o termo empoderamento e sua complexidade León afirma:

Muito escritos supõem que o leitor conhece o significado da palavra e que, por estar associada à realização de um maior poder, o termo em si mesmo explica tudo. Assim, o seu sentido aparece como autoexplicativo e óbvio: empoderar-se significa que as pessoas assumiram o controle de suas vidas, usufruindo da habilidade de fazer coisas e de definir suas próprias agendas. Ao relacionar-se com os interesses daqueles que julgam despossuídos de poder, o termo se torna expressão de uma mudança desejável, sem investigar as especificidades que tal mudança implica, ou melhor, sem precisar o seu significado (León, 1997, p. 03).

Amiúde, o termo empoderamento tem sido apresentado como detentor de um sentido intrínseco e autoexplicativo, capaz de por si só revelar e generalizar o seu significado. No entanto, verificamos que não há consenso quanto ao seu sentido, que pode diferir de acordo os campos do conhecimento que o utilizam. Para León (1997, p.04), embora haja um interesse generalizado pelo conceito nas diversas disciplinas, é nos estudos sobre as mulheres que o conceito de empoderamento torna-se um eixo fundamental, com manifestações complexas e múltiplas. Ele pode vir a substituir vocábulos como integração, participação, autonomia, identidade, desenvolvimento, planejamento, entre outros, e até mesmo desvincilar-se de seu “sentido original” de emancipação, tão variados são os agentes, os grupos, os movimentos e até mesmo as mulheres, com seus interesses, papéis e posições sociais.

No grande e variado campo de interessados no termo empoderamento, é possível destacar os movimentos feministas da década de 1990 como incansáveis no trabalho de definir os limites e as fronteiras de tal conceito. Duas acepções feministas apontadas por León (1997) são:

1) a utilização do termo empoderamento só possui significado se for para transformar a realidade social segundo uma concepção feminista de mundo;

2) o empoderamento para o feminismo é um poder que afirma, reconhece e valoriza as mulheres, vincula-se a uma mudança radical dos processos e das estruturas que reproduzem a subordinação feminina enquanto gênero construído socialmente (1997, p.4).

Após um grande debate nos estudos feministas, de gênero e das políticas públicas para as mulheres, um avanço proveitoso em termos da utilização do conceito de empoderamento para a ação social foi esboçado. Pautou-se pela constatação de que, se o desenvolvimento da sociedade pudesse ocorrer de baixo para cima, o movimento de mulheres teria que organizar-se e estabelecer formas racionais de participação e mobilização, tornando-se promotoras de propostas alternativas e democráticas que contribuam para a ampliação do empoderamento das mulheres em situações pontuais concretas.

Supondo que o empoderamento é uma relação social mediada pelos próprios sujeitos, podemos pensar nas diversas conotações de sentidos atribuídas ao termo: o quanto ele se apresenta como um atributo libertador para as mulheres ou somente como uma retórica reprodutora de sentidos pouco definidos.

Segundo León, “uma sensação de empoderamento pode ser mera ilusão senão estiver conectada com o contexto e relacionada com ações coletivas dentro de um processo político”, nesse sentido, a autora alerta: faz-se necessário percebermos seus atributos individuais, porém

importante também é não ficarmos restritos a impressões cognitivas, ou seja, o empoderamento manifesto como autoconfiança e auto-estima deve estar integrado à formas cooperativas e solidárias, inseridas num processo histórico e conscientes do imperativo da mudança, a fim de que as conquistas políticas não fiquem restritas a esfera pessoal e privada (León, 1997, p.10).

Em contrapartida a visão acima retratada, que distancia as aquisições de âmbito privado das suas implicações na esfera pública, ou seja, que desconecta as ações íntimas e individuais de suas possibilidades de mudanças estruturais, Giddens (2002) nos chama a atenção afirmando a existência de uma interconexão entre esses ambientes e que sensações aparentemente psicológicas ou ligadas a ações da esfera privada podem assumir implicações relevantes para novas transições sociais e para a reconstrução de novos empreendimentos políticos (2002, p.9).

Segundo o autor, a chamada política-vida ou política da escolha estão associadas às escolhas individuais que, reflexivamente mobilizadas, podem modificar os paradigmas da vida e das relações sociais.

É uma política da auto-realização num ambiente reflexivamente organizado, onde a reflexividade liga o eu e o corpo a sistemas de alcance global. Nessa arena de atividade, o poder é gerador e não hierárquico. A política-vida é a política do estilo de vida [...]. Para dar uma definição formal: a política-vida refere-se a questões políticas que fluem a partir dos processos de auto-realização em contextos pós-tradicionais, onde influências globalizantes penetram profundamente no projeto reflexivo do eu e, inversamente, onde os processos de auto-realização influenciam as estratégias globais (Giddens, 2002, p.197).

Diferente da política emancipatória, na qual inúmeros movimentos sociais balizaram as suas reivindicações ao operar principalmente com uma visão hierárquica de poder, a política-vida propõe que, alcançada certa autonomia de ação e de oportunidades, os sujeitos praticam “escolhas informadas” parcialmente orientadas para a elaboração de seus estilos de vida.

Segundo o autor, um dos movimentos que muito apropriadamente consagrou esferas da política-vida foram os feminismos. Embora os grupos feministas ainda trabalhem com a valoração de um poder hierárquico, que possui um caráter emancipatório, tais mulheres, principalmente contemporaneamente, percebem a necessidade de elaborar novas identidades para as mulheres em sua pluralidade, direitos, anseios e decisões. A construção da auto-identidade como uma narrativa reflexiva de âmbito pessoal, ao ser rapidamente modificada

por questões globais, também altera as realidades locais, onde novas ideias potencialmente transformadoras podem vir a ser ofertadas à sociedade.

No Grupo Maternati, percebemos que as ideias e os conhecimentos que circulam nos encontros, modificam os pertencimentos originais das mulheres. Essa interação, com o passar do tempo, reformula os discursos identitários anteriores ao Grupo, transformando os projetos ligados ao estilo de vida e ao *ethos* pessoal. Ou seja, o Grupo Maternati não é somente um aglutinador de mulheres que já possuem perspectivas alteradas sobre o parto; o que nossa pesquisa indica é que ele de fato transforma suas percepções iniciais, já que nomeia cada paradigma envolvido na conformação dos valores culturais que os embasam. A participação nas reuniões do Grupo também desencadeia mudanças com relação às percepções sociais mais amplas, propiciando a construção de um olhar crítico com relação às formas de controle comportamentais, ao uso exagerado das tecnologias ou até mesmo da medicalização da saúde como um todo (algumas delas passam a fazer uso de homeopatia e terapias alternativas após a participação no Grupo).

A centralidade que o parto adquire no discurso das mulheres do Maternati, ora como um problema social (em falas como “precisamos acabar com a epidemia de cesarianas” ou “a cesariana eletiva é um problema de saúde pública”), ora como um aspecto fundamental para se refletir sobre os valores difundidos na sociedade, como o controle do tempo, do corpo, dos processos “naturais”, a fugacidade dos momentos especiais, as mudanças de *status*, dá a dimensão de que a busca pelo parto humanizado não se trata apenas de uma motivação individual, mas também ganha a proporção de um tema considerado importante para mudanças sociais futuras.

A conexão entre as formas de assistência ao parto com questões políticas e sociais mais amplas é reiterada frequentemente nos encontros do Grupo Maternati. Reproduzindo a fala de expoentes do movimento internacional de humanização do parto, como Odent, Balaskas e Kitzinger, as coordenadoras do Maternati situam o problema da “recusa” ao parto natural a um contexto global. Esses pesquisadores influenciam fortemente os valores do movimento de humanização do parto como podemos verificar no seguinte texto publicado na roda virtual do Grupo Maternati e que demonstra como se dá a conexão entre fenômenos individuais e sociais.

Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer. Essa frase de Michel Odent nos lembra do quanto revolucionário pode ser o ato de conceber, gestar e parir um ser humano, e que esta é a revolução de que mais necessitamos no planeta atualmente. Não existe ato mais

político e revolucionário do que trazer ao mundo um ser que já vem banhado de consciência: o ser humano do futuro (Roda virtual do Maternati, acesso em 15/05/2014).

As expectativas da mulher quanto ao parto, seu papel como mulher em qualquer sociedade, seu primeiro relacionamento com o bebê, os efeitos da gravidez e do parto sobre o casal e o fato de aumentar a família, o meio social em que se movimenta uma mulher grávida – tudo isso envolve não apenas psicologia individual, mas fenômenos essencialmente sociológicos. Até mesmo o próprio trabalho de parto não pode realmente estar isento de um fundo sociológico (Kitzinger, 1987, p.10).

As visões representadas acima revelam um apelo à necessidade do empoderamento social das mulheres. Anunciam a importância de um posicionamento feminino diante de questões políticas e sociais mais amplas que são externas à experiência individual. Tal “chamado” nos remete a fase diferencialista do movimento feminista, quando foi destacada a necessidade de politização das questões ligadas à esfera privada.

Além destas, também outras manifestações do empoderamento podem ser observadas nas falas das mulheres do Maternati. Como decorrência desse primeiro momento, exterior à experiência corporal e que podemos chamar de empoderamento social, temos uma segunda manifestação de poder, agora penetrado no corpo durante a experiência do parto. Esse processo de interiorização ou de identificação com uma força pulsional (intuição ou instinto) foi chamado pelas mulheres do Grupo como “capacidade de entrega no parto”<sup>61</sup> ou, como foi descrito pelas teorias do movimento de promoção à saúde, o empoderamento psicológico (Carvalho, 2004, p.1090).

No arcabouço teórico do projeto de promoção à saúde (Carvalho, 2004; Carvalho; Gastaldo, 2008), o conceito de empoderamento foi descrito de duas maneiras diferentes: o empoderamento psicológico e o empoderamento comunitário ou social. Embora o termo empoderamento apareça, nesses textos, separando metodologicamente o aspecto psicológico do social, na prática dos sujeitos, as duas dimensões concretizam-se de forma totalmente imbricada, demonstrando a “mútua relação de condicionamento e determinação entre as macroestruturas e a ação de sujeitos individuais e coletivos” (Carvalho, 2004, p.1092).

O empoderamento psicológico é descrito como um sentimento de controle sobre temas que dizem respeito a interesses pessoais, manifestando-se como independência,

---

<sup>61</sup> A capacidade de entrega no parto é uma ideia importante e recorrente no Grupo Maternati. Tal expressão é vista, muitas vezes, de forma essencializada, como se a mulher tivesse que desvincular-se de suas amarras culturais para conseguir sentir profundamente o seu parto. Nos relatos do Grupo, surge até mesmo como um processo psicanalítico, transformador, que conduz as mulheres para a “partolândia”, lugar único e exclusivo no qual se está plenamente conectada consigo própria e com o bebê. Para um maior aprofundamento ver o artigo: *Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e bem-estar na contemporaneidade*, Carneiro, MG, 2010.

autoconfiança, participação e capacidade de influenciar o meio social através de mecanismos de pertencimento e de solidariedade. Chegamos, assim, próximo do que foi chamado empoderamento social, em que se busca destacar a ideia de saúde como um processo resultante de mobilizações e lutas articuladas por movimentos sociais na direção de melhorias e direitos. Ao passo que o empoderamento psicológico fortalece o indivíduo, o empoderamento social o predispõe a buscar as raízes das desigualdades sociais e a compreender as macroestruturas que determinam o cotidiano dos indivíduos. A partir desse entendimento conjuntural, o empoderamento prevê que as ações dos sujeitos, tanto individuais como grupais, possam atingir esferas sociais mais amplas e hegemônicas, ressignificando seus valores em um movimento cíclico e de interdependência.

Enfim, para Carvalho (2004) o empoderamento social resulta da experiência subjetiva que é o empoderamento psicológico. Soma-se a isso “a realidade objetiva de condições estruturais”, que também podem ser modificadas a partir do momento em que ocorre uma melhor redistribuição de poderes e de recursos.

Embora o desenvolvimento crítico dos indivíduos não seja suficiente para a transformação da sociedade, ele é absolutamente necessário para que ela ocorra, uma vez que o envolvimento em processos de mudança demanda um mínimo de percepção do poder individual que sustenta um processo produtivo de convivência nos espaços coletivos (Carvalho, 2004, p.1092).

Desta maneira, no projeto de promoção à saúde o empoderamento não é considerado político somente quando realiza uma ação direta ampla e coletiva. É também político quando nas relações intersubjetivas promove distintos espaços de ação que desenvolvem competências para uma maior participação na vida em sociedade, o que inclui o pensamento reflexivo (que qualifica as ações), os discursos de resistência e o desenvolvimento de um olhar crítico com relação ao meio social em que estão inseridos os indivíduos.

Nesse sentido o empoderamento social contribui tanto para as práticas educacionais ligadas a melhoria da saúde quanto para a reorganização dos serviços públicos e privados de saúde. No que tange as práticas educativas, evidencia a importância da formação de grupos que propiciem discussões, rodas de conversa e participação na análise crítica de seus problemas, visando à elaboração de estratégias que busquem transformações do *status quo*. Com relação à assistência à saúde, o empoderamento social pode instrumentalizar ações que visem superar as “desigualdades de poder que predominam nas relações entre profissionais e usuários” (Carvalho, 2004, p.1094) sugerindo que se instaure uma noção de participação mútua entre os envolvidos no processo:



Sugere-se, aqui, trabalhar com uma noção de parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades no lugar da relação hierárquica que confunde o trabalhador com o provedor de serviços e o usuário com o cliente. A incorporação do “*empowerment* comunitário” às práticas assistenciais demanda que novos modos de se fazer saúde, incorporem como diretriz, uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma perspectiva que entende os usuários como suplicantes e beneficiários dos serviços (Carvalho, 2004, p. 1094).

Após os apontamentos sobre questões históricas e teóricas do conceito de empoderamento, a seguir, adentraremos no conjunto de percepções das mulheres do Grupo Maternati para vermos qual o sentido desse termo no contexto do parto e das relações desse Grupo. Por meio das informações colhidas em campo, complementadas por entrevistas que continham tópicos específicos sobre o significado do termo empoderamento, pudemos aferir alguns significados e utilizações para esse conceito que é ao mesmo tempo uma estratégia e um sentimento.

No entanto, pela complexidade de sua aplicação, optamos por seguir a distinção proposta por Carvalho (2004; 2008), ou seja, a partir das duas possibilidades para pensarmos o empoderamento: a visão psicológica e a social; Tais momentos foram de diferentes maneiras destacados pelas mulheres que foram entrevistadas, ou então, por seus relatos de parto. Seus significados exatos não se apresentam de forma restrita, mas, em momentos pontuais da conversa enfatizava-se ora um aspecto, ora o outro. Em nossa análise, não individualizaremos esses casos, e sim, trataremos do conjunto das expressões femininas, privilegiando a recorrência de suas aparições.

Assim, os significados do empoderamento são incorporados às narrativas identitárias e passam a constar como possibilidades discursivas que visam demarcar diferenças, valorizar experiências ou legitimar ações. Segundo Bauman, ter uma identidade criada especialmente para momentos específicos significa visibilidade: “identidade significa aparecer, ser diferente e, por essa diferença, singular” (2003, p.21). A abordagem de Carvalho (2004; 2008) se aproxima da multiplicidade de sentidos que o termo humanização assume em suas identificações “de um lado se coloca como um ‘conceito identitário’ apropriado pelo movimento, e de outro se confunde com sentidos heterogêneos que vêm sendo utilizados em diversos âmbitos da vida social para designar medidas de distintividade no atendimento de consumidores e clientes” (Tornquist, 2002, p.484).

Para pensarmos o empoderamento a partir do Grupo Maternati tomaremos as falas das mulheres quando elas se referem à preparação para o parto, momento em que os

conhecimentos e o sentimento de confiança são parte fundamental para a tomada de decisões. O empoderamento, nesse caso, pode aparecer como um posicionamento em favor do “direito das mulheres” ao uso e ao controle de seus corpos; como uma opinião crítica formada a respeito da medicina obstétrica; e, ainda, como uma reparação com relação a um parto anterior. Algumas mulheres frequentadoras do Grupo já possuíam uma experiência de parto, ou uma cesárea indesejada ou um parto normal considerado insatisfatório, antes de buscar o parto humanizado junto ao Maternati.

Outras utilizações do termo empoderamento estão ligadas à sexualidade do parto e vinculadas especificamente à experiência de cada mulher. Esse empoderamento mais “interior” ou psicológico é descrito nas conversas das mulheres do Maternati como “uma capacidade de entrega”, uma libertação com relação aos discursos culturais, ou então, como uma conexão com a “natureza” e com o próprio corpo. Nas palavras de Tornquist (2002):

O empoderamento das mulheres passaria pelo resgate dos poderes e saberes femininos que o processo civilizatório teria eliminado ou submetido. Esses poderes estariam centrados na condição natural, biológica e instintiva da mulher, ou seja, a sua sexualidade, a sua capacidade reprodutiva e o seu instinto maternal. No entanto, há um reconhecimento de que é preciso aprender a resgatar esses saberes ancestrais, de onde a necessidade da didática do parir e do maternar (Tornquist, 2002, p.489).

A ênfase de que mesmo um processo “intrinsecamente natural” como o parto precisa ser aprendido é recorrente nas discussões do Grupo, daí a necessidade da preparação e de uma elaboração intencional que projeta o parto no futuro próximo. O projeto de preparação para a experiência de parto humanizado, realizado a partir do Grupo Maternati, pode estar ligado a um estilo de vida anterior a pertença no Grupo, que vem apenas reforçar tais práticas; nesse caso, podemos associar essa confluência de valores a uma expressão criada por Carneiro (2011) “parto como coerência”<sup>62</sup>, no qual o estilo de vida impõe preferências à escolha do tipo de parto.

---

<sup>62</sup> Neste tópico de sua tese, a autora seleciona *mães de primeira viagem* que escolheram seus partos em decorrência dos modos de vida que seguiam, ou seja, como um coroamento de escolhas relacionadas a um estilo de vida anterior ao parto. Nesses casos, segundo a autora, o parto torna-se emblemático de uma postura crítica com relação às normatizações sociais e, além disso, um fenômeno performático associado à volição, ao desejo de escolha e a distintividade.

## **O empoderamento no projeto de parto humanizado: Grupo Maternati**

Se, por um lado, vários movimentos sociais incorporaram o termo empoderamento para questionar a distribuição de saberes e poderes na sociedade, por outro, muitos grupos e pessoas também passaram a utilizar essa palavra de diversas perspectivas, nem sempre com sentidos nítidos e bem delimitados. No que diz respeito ao Grupo Maternati, a ideia de empoderamento emerge como uma categoria central no posicionamento feminino em relação ao parto.

O termo é utilizado de forma recorrente nas redes e grupos de mulheres, associado ao resgate de um poder historicamente controlado, negado ou regulado por modelos idealizados do feminino e da maternidade (na medicina o corpo é “defeituoso”, na religião é “puro e virginal”). Tal poder, positivado pelo movimento de humanização do parto, passa a ser vinculado à experiências libertadoras e criativas. O poder conquistado através da experiência do parto humanizado (ou ao menos a sensação de poder), segundo pudemos observar, pode também ser mantido durante todo o exercício da maternidade.

Nas conversas do Maternati a perspectiva acima também tem reflexos. A centralidade da ideia de empoderamento nos diálogos e relatos das mulheres que frequentam o Grupo diz bastante do que elas próprias estão buscando ser. Nesse sentido, estar “empoderada” é uma atitude que faz toda a diferença nos processos de gestar e parir: determinará como será a relação com o médico, com a família, com os amigos, consigo própria, dentro da relação conjugal – enfim, todos os relacionamentos da vida social podem ser perpassados pela ideia de empoderamento. Mas o que precisamente esse conceito quer dizer? Qual a sua importância? E os seus limites?

Com relação ao Grupo Maternati, o empoderamento emerge como uma característica de autoatribuição. A mulher deve “se sentir empoderada” e esse sentimento nos remete a uma série de fatores que conjuntamente formam as bases e os significados desse conceito polissêmico. Além disso, o termo empoderamento possui um caráter relacional e comumente aparece nas falas das mulheres em contraposição a outros indivíduos considerados não-empoderados. O termo está, portanto, atrelado à marcação da diferença e depende dessa distinção para se fortalecer. Fato é que, mesmo com uso frequente dentro do Grupo Maternati, o termo empoderamento não possui um significado único, antes disso é multifacetado e amiúde está vinculado a momentos e fases específicas da vida dessas mulheres.

No interior do Grupo, a construção do conceito de empoderamento é perpassada pela apropriação de conhecimentos científicos e informações técnicas, por depoimentos de outras mulheres, por testemunhos profissionais ligados à obstetrícia, vídeos documentários e pelo debate coletivo desses temas. Empoderar-se, nesse sentido, é conhecer a história da assistência obstétrica no Brasil contrapondo-a com a de outras partes do mundo, conhecer a atuação médica nos nascimentos, informar-se das práticas rotineiras nos hospitais, conhecer as prerrogativas da Organização Mundial da Saúde e da Medicina Baseada em Evidências e ainda ouvir a experiência de outras mulheres tomando-a sociologicamente, ou seja, percebendo as recorrências, os aspectos históricos, os discursos culturais e institucionais de cada uma delas.

Indo mais além, o empoderamento está relacionado, conforme as mulheres entrevistadas, à necessidade de um “resgate do feminino” na atualidade, sendo esse feminino basicamente uma representação de força, poder, capacidade e consciência ligados aos papéis sociais maternos. Refutando valores historicamente cristalizados, como os que vinculam o feminino à delicadeza, à fragilidade, à dependência, à insegurança e ao medo, a categoria de mulher que se busca alcançar no modelo de parto humanizado é inspirada pelas forças da natureza, porém, através de um filtro cultural que privilegia a positividade de seus processos e destaca a potência, a sabedoria e os mistérios inerentes ao parto.

Tais reflexões, detentoras de conteúdos que geram identificação para algumas mulheres, ganham o *status* de características individuais e são incorporadas ao que Giddens (2002) denomina projeto reflexivo do eu<sup>63</sup>. Em outras palavras, tendo como base os discursos científicos críticos da medicina, as mulheres do Grupo Maternati elaboram novas qualidades para a natureza do parto e, conseqüentemente, as associam ao feminino e ao corpo. Projetadas para as narrativas identitárias, essas características se tornam verdades construídas intencionalmente, com as quais os sujeitos se definem e se comunicam com os outros agentes sociais.

Nessa perspectiva, o empoderamento não é um processo abstratamente racional, mas consciente, no qual o indivíduo deflagra uma verdadeira investigação sobre temas que percebe como relevantes e, por conseguinte, passa a percorrer um persistente processo de aprendizagem que culminará na síntese de saberes tradicionais e modernos. Para tornar-se qualificado a uma tomada de postura ou a uma “escolha informada”, o sujeito analisa suas fontes de informações e decide pela mais apropriada para a sua própria experiência. Todo

---

<sup>63</sup> O autor define o projeto reflexivo do eu como: “o processo pelo qual a auto-identidade é constituída pelo ordenamento reflexivo das narrativas do eu” (Giddens, 2002, p.222).

conhecimento adquirido desdobra-se em um sentimento de confiança, tanto para consigo próprio, como para a afirmação de suas identidades.

O empoderamento, nesses discursos, significa também uma resistência com relação ao campo da medicina, que tende a tratar os corpos sob o viés tecnológico. É uma reação à deliberada vontade do campo médico em cuidar, gerir, interferir e manipular cada etapa do trabalho de parto e do parto. Ressaltemos, a partir da etnografia dos encontros, que o empoderamento gerado pela escolha do parto humanizado também demarca uma fronteira simbólica em torno das mulheres identificadas, fornecendo a elas uma importante marca distintiva com relação aos “outros”.

Agora, com as informações que eu tenho, eu sou contra as intervenções no parto, eu não acho que o que eles [os obstetras] fazem com a mulher é normal. A episiotomia de rotina, toda a violência, a brutalidade com a mulher, empurrar a barriga, impedir a movimentação, o jejum, mandar fazer força, gente, não precisa disso, eu fico chocada (Elis, entrevista de 12/09/13).

O trabalho de parto favorece a interação mãe e bebê e deixa a mulher mais disposta a lidar com o seu bebê depois do parto, então isso em termo de saúde é muito importante, os gastos que se diminui em saúde mental quando não se interfere nesse processo é muito grande. Eu acho que a proposta do parto humanizado tem esse objetivo também. Na mulher, eu acho que é um resgate mesmo, de se sentir potente e empoderada. Parir é uma experiência única. Como tudo é diferente depois do parto, o antes e o depois, a mulher que entrou em trabalho de parto não é a mesma que sai dele (Entrevista Paula, realizada em 20/03/14).

A visão do parto como um direito da mulher também é anunciada no interior do Grupo, principalmente por causa da compreensão de que o parto natural está sendo negado às mulheres. Relevemos o fato de que quando repetimos o discurso de que “o parto está sendo negado às mulheres” estamos nos referindo a grupos específicos, nesse caso, às mulheres do Maternati, pois, uma grande maioria de mulheres, ainda que informadas sobre os riscos que uma cesária pode acarretar para a sua saúde reprodutiva (Ministério da Saúde, 2005a), ainda optam pela cirurgia.

Então, o parto natural é um direito da mulher somente porque está sendo negado a ela, não deveria ser um direito, deveria ser um processo natural; Eu não entendo muito sobre o feminismo, eu posso estar falando besteira, mas, como podemos querer igualdade se todas nós somos diferentes? Cada pessoa assume seu papel característico, independente de ser homem ou mulher. Eu acho complicado cobrar que homens e mulheres façam as mesmas coisas, principalmente em relação à maternidade. Para eu assumir o padrão de criação que eu desejo para o meu filho, eu abri mão do meu emprego temporariamente. Meu marido me apoiou no sentido de prover a casa até que o nosso filho completasse um ano e eu pudesse voltar ao trabalho com carga horária reduzida para continuar cuidando dele (Estela, entrevista realizada em 25/10/13).

Nesse trecho de entrevista, podemos ver por um lado uma menção à abordagem de direitos, originária a partir dos movimentos feministas, e por outro, o questionamento de uma reivindicação feminista primordial, considerada igualitária e pouco contemplativa das nuances e das vontades femininas atuais. A afirmação da diferença entre as mulheres é ressaltada e, a partir dessa distinção, é reiterada a escolha da interlocutora. Segundo ela, foi uma escolha planejada a sua retirada para uma vida doméstica a fim de dedicar-se aos cuidados com os filhos em detrimento da permanência na vida profissional.

A visão apresentada pela participante do Grupo se opõe ao discurso do feminismo igualitário, mas seu argumento também vai ao encontro das reivindicações feministas, àquelas da chamada “segunda onda” em que as especificidades femininas e as diferenças entre as mulheres também precisam ser contempladas. Desse argumento podemos ver o que Rago (2013, p.28) chamou de “linguagens feministas”, ou seja, presenças fluidas dos feminismos, nomenclaturas e valores construídos por movimentos feministas, mas que atualmente os transcendem. Mesmo quando os sujeitos não se autodefinem como feministas, como ocorre com algumas mulheres do Maternati, podemos verificar entre os seus discursos valores propagados por esses grupos.

Da situação descrita podemos retirar as seguintes indagações: seria um retrocesso com relação às conquistas feministas o fato atual de que para valorizar a maternidade é necessário um retorno à vida privada? A decisão de cuidar integralmente dos filhos torna a mulher dependente ou submissa com relação ao seu companheiro? Qual é o papel dos pais no relacionamento com os filhos já que a centralidade do discurso está na maternidade ativa? Essas normatizações impostas ao exercício da maternidade submetem às mulheres ao controle de ações restritivas? Ou as aproximam do projeto reflexivo descrito por Giddens (2002), no qual os papéis individuais tem um trânsito permanente em esferas da sociedade, desde que sejam guardadas as proporções relativas às limitações socioeconômicas?

No que diz respeito ao Grupo Maternati pudemos observar reações ambivalentes no que tange a possibilidade do retorno à vida doméstica, em parte pela desvalorização social que permeia a vida dentro do lar. Trabalhar em casa e cuidar dos filhos aparece, nas falas das participantes, como atividades desprezadas socialmente, quase como “funções naturais” das mulheres, àquelas que por serem justificadas biologicamente, não passam, na verdade de construções históricas. O retorno à vida privada poderia significar, segundo os primórdios do movimento feminista, o mesmo que tornar as mulheres novamente subjugadas à dominação masculina.

Podendo contrariar esse olhar, no interior do Grupo Maternati, vimos que a decisão pela saída temporária da vida profissional recebe uma conotação positiva. A decisão pela pausa da vida ligada ao trabalho fora de casa é vista como importante e aceitável. Não de forma pejorativa, como um retrocesso em relação à vida profissional já conquistada. No contexto de busca por experiências únicas e ativas, a mulher que escolhe cuidar do filho pode ser vista como “independente” e protagonista de sua maternidade, pelo menos em alguns grupos.

Há também situações em que os gastos despendidos com a “terceirização” dos cuidados com o bebê, por meio de babás, creches ou escolas, superariam os ganhos do trabalho das mulheres fora de casa. No entanto, não foram essas questões pragmáticas que definiram as decisões tomadas por nossas interlocutoras. Vimos, de forma mais relevante, que as escolhas foram realizadas a partir de justificativas e valores, sejam eles ligados a estilos de vida ou a novos arranjos econômicos e culturais.

Feminismo agora é brigar para ser mãe, dona de casa e obter o mesmo respeito de uma mulher cuja carreira seja fora de casa (Publicação na roda virtual do Grupo Maternati em Janeiro de 2014).

O trabalho de educação realizado em casa, a formação do cidadão que colocamos no mundo, isso é muito mais importante que o trabalho fora de casa (Estela, entrevista realizada em outubro de 2013).

Os filhos que deixaremos para o mundo serão um grande legado para a humanidade. Mais do que empresas e negócios, a saúde física e emocional dos nossos filhos são fruto de escolhas dentro de nossas possibilidades (Publicação blog mamíferas *apud* roda virtual do Maternati, março de 2014).

Segundo Scavone (2001, p.147) os estudos de gênero sobre maternidade tomaram novas direções nos últimos anos. Eles discutem menos a maternidade tendo como eixo a dominação masculina e enfocam mais amplamente os danos gerados à saúde das mulheres pelo abuso das tecnologias reprodutivas. Os estudos destacam questões especificamente femininas como a contracepção e seus efeitos colaterais, a esterilização indiscriminada e em contextos inadequados, o aborto e sua possível regulamentação, o abuso das cesarianas, entre outros.

Além disso, sobre o trabalho dentro de casa, presenciamos muitas mulheres ligadas ao Grupo Maternati, que após o nascimento dos filhos, conduziram atividades lucrativas mesmo deixando o trabalho fora de casa. No decorrer do trabalho de campo uma psicóloga deixou um cargo público para fabricar brinquedos educativos em madeira e feltro, uma professora de

administração começou a vender *slings*, fraldas de pano e roupas de bebê, uma professora de inglês se tornou *doula* e pintora de arte gestacional (a *baby bump painting*) entre outras, que se dedicaram a atividades flexíveis em relação ao tempo, mesmo que provisoriamente.

Com frequência elas continuaram atuantes como defensoras do ideário da humanização do parto e de todas as “continuidades<sup>64</sup>” decorrentes dessa identificação. A amamentação em livre demanda, o uso do *sling*, a criação com apego, a alimentação saudável, a reflexão sobre o consumo excessivo de bens na sociedade, entre outras práticas, constituem as novas demandas para essas mulheres que continuam buscando conhecimentos e a afirmação de suas individualidades pelo questionamento de uma postura passiva atribuída ao papel da maternidade do passado.

O diálogo com os feminismos é frequente, ou para afirmá-los de modo peculiar, ou para refutá-los em pontos mais marcantes e estereotipados. Assim, o empoderamento carrega características de distinção das mulheres entre si, como construções de gêneros plurais e também das mulheres em relação aos homens, propiciando o questionamento de relações desiguais ou de estruturas patriarcais. Vejamos o que nos diz uma das coordenadoras do Grupo Maternati:

Eu vejo o empoderamento como parte do protagonismo da mulher no parto, eu me lembro do que diz o obstetra Ricardo Jones (médico associado à Rehuna), ele fala: como as mulheres se deixam... o parto é o único momento em que as mulheres se deixam deitar, cortar e serem subjugadas da forma como acontece, ele fala isso, que as duas cirurgias que mais acontecem nos EUA são a cesárea e a histerectomia, as duas no mesmo órgão, o útero, a matriz, a mãe do corpo e sobre o mesmo gênero, as mulheres. Então, assim, como essa ação no parto é machista, às vezes a gente nem percebe que, se fossem os homens que gerassem e parissem, a realidade não seria essa. Por isso é preciso trabalhar pela possibilidade de igualdade e da valorização do feminino no parto e na maternidade (Lívia, psicóloga e *doula*, entrevista realizada em agosto de 2013).

Nesta passagem vemos a aplicação da palavra machismo e também da palavra igualdade. Ambas, nos apontam uma visão do feminismo igualitário que atribui à hierarquização dos gêneros uma causa para o controle e a supressão do corpo feminino. Nesse sentido tornar a mulher o objeto do parto, protegendo-a de sua “própria natureza” é a função do médico na concepção patriarcal da obstetrícia. Considerando as entrevistas realizadas, um

---

<sup>64</sup> Usamos aqui o termo “continuidade” porque foi frequente, durante as conversas e entrevistas, a afirmação de que a busca pelo parto natural desencadeava todo um processo de conquistas que não se encerravam no pós-parto. Muitas mulheres do Grupo Maternati se envolveram com temas ligados à maternidade, atuando em organização de atos ligados ao parto e a amamentação, como o mamaço coletivo ou o ato contra a violência obstétrica, em outros. Começaram também a fazer parte de grupos virtuais como mediadoras e coordenadoras e também atuaram através dos blogs relacionados, escrevendo relatos e textos sobre esses temas.



número significativo de mulheres revelou que consideram um “tipo” de feminismo a modificação dessa situação de subordinação das mulheres imposta pela estrutura médica.

Para elas, condiz com uma abordagem feminista pensar o parto como pertencente à mulher, no qual, por um lado, é valorizado o momento mais apropriado para a criança nascer, sinalizado pelo início do trabalho de parto e, por outro, não deixar de lado o fato de que a experiência terá como protagonista à mulher, caso ela assim desejar. Essa ressalva, ou seja, a manifestação da vontade e da escolha de protagonizar o parto, constatada entre as mulheres do Grupo Maternati, deve ser pensada apenas como uma das possibilidades, dentre outras que podem perpassar a categoria de gênero feminino.

Segundo representantes da Rehuna como a médica epidemiologista Rattner (presidente da Rehuna) e a médica pós-doutora em gineco-obstetrícia (coordenadora do núcleo de parteria urbana) Amorim, a autonomia de escolha de todas as mulheres devem ser preservadas (*apud* debate web Renascimento do parto na Presidência da República, realizado em 24/10/2013). No entanto, para essa escolha ser factível é necessário superar a dicotomia construída socialmente de que temos o “modelo de parto invasivo, violento, controlado e que não se respalda nas boas práticas das evidências científicas contra a cesariana limpinha, asséptica, dentro de uma sala cor de rosa. Se criou essa dicotomia na sociedade brasileira e 25% das mulheres declaram ter sofrido alguma forma de violência obstétrica” (site [www.youtube.com/participatoriojovem](http://www.youtube.com/participatoriojovem), acesso em 24/10/2013).

A categoria gênero feminino, como vimos anteriormente, não é homogênea, pelo contrário, é pouco definida e muito variável. Por isso, ao falarmos de um feminino ou da classificação que atribuímos a ele, como por exemplo, um feminino empoderado, conectado a “natureza”, com autonomia, capacidade transformadora, estamos dizendo também, dialogicamente, que se trata de um discurso construído e repleto de intenções e interesses; um discurso social pensado pelas mulheres que querem criar uma ideia específica do que seja o feminino, em detrimento de outras representações.

Essa construção identitária é perpassada pelo reconhecimento da distinção entre às mulheres (Brah, 2006) e, o uso do termo empoderamento, por um aspecto dialoga com o olhar masculino sobre o corpo da mulher (referente à medicina obstétrica), e por outro, confronta-se também com os “outros” olhares femininos sobre o parto. São pautadas pela noção de diferença que as integrantes do Grupo Maternati pensam a si próprias.

Podemos dizer que onde existe diferenciação – ou seja, identidade e diferença – aí está presente o poder. A diferenciação é o processo central pelo qual a identidade e a diferença são

produzidas. [...] A identidade está sempre ligada a uma forte separação entre “nós” e “eles”. Essa demarcação de fronteiras, essa separação e distinção, supõem e, ao mesmo tempo, afirmam e reafirmam relações de poder (Silva, 2014, p.81-82).

O posicionamento feminino no parto é, portanto, um forte marcador de diferença entre os sujeitos balizados por relações de poder diferenciadas. Aparece, às vezes, no interior do Grupo como um caminho “revelador”, um conhecimento que conduz as mulheres a um patamar mais elevado, único e exclusivo dessa iniciação. É como se as “outras” mulheres precisassem ser apresentadas a esse novo caminho para que tenham reflexões mais depuradas e qualificadas. Ou então para que estejam conectadas umas às outras recriando um tempo em que o convívio entre as mulheres possibilitaria uma partilha intrinsecamente feminina. Vejamos como acontece a discussão:

Achei importante relatar a minha experiência de parto para preparar as mulheres para tudo neste momento: nem sempre o parto para que você se preparou a gestação inteira vai realmente se concretizar. O que eu quero dizer com isso? Bem deixa então eu começar...

No dia 01 de novembro de 2013, prestes a completar 40 semanas de gestação, sendo acompanhada a cada dois dias por cardiocografia na Santa Casa de Maringá, chego para consulta e minha pressão arterial que a gestação inteira se manteve estável, estava alta. Entretanto, esta alteração dos níveis pressóricos foi devido a momentos de estresse que tive no dia anterior à consulta. Justamente naquele dia, o médico que estava de plantão era o mesmo que estava me acompanhando no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde e, sendo assim, sabia do meu histórico. Mas nem por isso a decisão do médico foi ponderada (ao meu ponto de vista), pelo contrário, o mesmo foi muito precipitado. Após verificar também a minha altura uterina, o médico alegou que o meu bebê estava muito grande e isso, acompanhado da alteração nos níveis pressóricos, era uma indicação de cesariana. Argumentei que não estava preparada para uma cesária, e que ele sabia do meu histórico e desejo do parto normal e novamente expus essa vontade. Diante da minha persistência, ele disse: “Você deve querer muito este parto normal, porque o teu bebê está enorme”(Carla, relato de parto publicado no Grupo Maternati).

Outros exemplos da necessidade de partilha,

Essa foi a minha experiência. E eu não sou a única a passar por isso. Não sou a única que teve um parto maravilhoso. O parto foi extremamente seguro, mas essa historia é um pouco perigosa. O perigo de eu ter te contado minha historia é de ter plantado uma semente na sua mente. Uma semente que começa a derrubar os mitos que sempre foram contados a você, de que o parto é o cumulo de dor e de sofrimento para a mulher. Você já tem as informações na mão, derrubando esses mitos e agora tem o meu testemunho de primeira mão. É perigoso sim, é perigoso você também querer trazer seu filho ao mundo na paz, na tranquilidade e no aconchego do seu lar, com sua família ao seu lado. A continuação desta historia pertence a você... (Relato de parto Ísis, integrante do Maternati).

Cada parto é único e nunca podemos prever como se desenrolará. Essa impossibilidade de prever o que virá pode transformar a expectativa em angústia, incrementar o medo. Conhecer o relato de outras mulheres, conhecer diferentes histórias e contextos e contingências é uma forma de desmistificar o que vem a ser um parto. Pode ajudar as mulheres a se precaverem dos

problemas possíveis e a se prepararem para as dificuldades prováveis; pode ajudar os companheiros a entenderem o processo e o significado que ele pode ter na vida da mulher e da família; pode instrumentalizar a família para o diálogo com os obstetras; pode ajudar a mulher que tem dúvidas a descobrir-se capaz; pode ajudar na prevenção de violências obstétricas e pode, simplesmente, emocionar quem lê (Relato de parto Juliana, integrante do Maternati).

Duas causas me motivaram a escrever este relato de parto: a primeira porque pode ser que me ajude a entender melhor o que eu vivi e a segunda é porque eu acredito que isto possa movimentar as futuras mães a acreditarem mais em si, e assim, se empoderarem para a experiência de um parto mais humanizado (Relato de parto Débora, integrante do Maternati).

De diferentes maneiras, podemos ver nos relatos acima a intenção do diálogo com outras mulheres para informá-las e alertá-las, compartilhar experiências que consideram importantes para, com isso, gerar empatia e identificação. Esse é um recurso predominante entre àquelas que partilham do ideário da humanização do parto e podemos ver, com frequência, textos e artigos difundidos pelas redes de profissionais, pelos *blogs* e por *sites* específicos como *O Renascimento do parto*<sup>65</sup>, (que possui o mesmo nome do documentário) que se propõem exatamente a essa “ruptura ideológica”, ou seja, mostrar que o parto atualmente é o resultado de um processo histórico e cultural e sua assistência está repleta de valores que podem ser questionados (mesmo que o alcance desse movimento seja a substituição de uma ideologia por outra e não uma ruptura cultural de fato).

Ao mesmo passo que os materiais ligados à humanização do parto dialogam com as mulheres em geral, com o intuito de persuadi-las a pensarem sobre seus partos, podemos ver em outros discursos do movimento, como nos textos da rede Parto do Princípio, que “a porta só abre pelo lado de dentro”, ou seja, que é uma decisão individual e uma motivação subjetiva que impulsiona (ou não) as mulheres a identificarem-se com as normatizações relacionadas ao parto humanizado.

Normatizações porque, embora exista a ideia de ruptura com os modelos legítimos socialmente, há também outras formas de enquadramento das práticas atreladas ao parto, o que desemboca em novos modelos de parir, que também podem ser limitadores ou segregativos.

Nesse cenário, podemos perceber que existe uma tensão latente entre as mulheres que se sentem pertencentes ao movimento de humanização do parto e aquelas que não se incluem

---

<sup>65</sup> O filme *O renascimento do parto*, de Érica e Eduardo Chauvet, lançado em 2013, foi a terceira maior bilheteria no cinema de um documentário brasileiro. O filme foi requisitado em diversas cidades brasileiras através do movimento de humanização do parto. Abaixo-assinados foram os mecanismos utilizados para que a transmissão acontecesse em muitas das cidades, já que, em teoria, o documentário só iria ser transmitido nas principais capitais brasileiras.

nele; Apesar desse conflito, bastante presente nas arenas virtuais, vimos que, em relação ao Grupo Maternati, existe uma clara intenção de que essas divergências sejam amenizadas e discutidas coletivamente, para que fiquem subsumidas frente aos interesses maiores, ou seja, o parto natural e a solidariedade entre as mulheres. Sobre as motivações subjetivas que conduzem os indivíduos às identificações e às identidades, vejamos o que nos diz Woodward:

A subjetividade envolve nossos sentimentos e pensamentos mais pessoais. Entretanto, nós vivemos nossa subjetividade em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que temos de nós mesmos e no qual nós adotamos uma identidade. Quaisquer que sejam os conjuntos de significados construídos pelos discursos, eles só podem ser eficazes se eles nos recrutam como sujeitos. Os sujeitos são, assim, sujeitados ao discurso e devem, eles próprios, assumi-lo como indivíduos que, dessa forma, se posicionam a si próprios. As posições que assumimos e com as quais nos identificamos constituem nossas identidades. (Woodward, 2014, p.56).

A percepção da autora, sobre a “dimensão subjetiva” ligada aos processos de escolha, pretende ressaltar o papel dos sentimentos que motivam a construção das identidades. Para a autora, a subjetividade pode explicar “as razões pelas quais nos apegamos a identidades particulares”.

Se por um lado o empoderamento constitui-se na relação das mulheres entre si, destacando seus interesses e diferenças, por outro lado, o empoderamento constrói-se também na vinculação explícita com movimentos legítimos socialmente como o movimento de humanização do parto, a Medicina Baseada em Evidências e os movimentos feministas. Destacamos as seguintes falas para ilustrar como algumas mulheres expressam os seus sentimentos com relação a esses movimentos sociais:

Eu tenho um lado bem feminista, pra algumas coisas eu ainda sou um pouco conservadora, mas eu acho que as escolhas relativas ao parto tem tudo a ver com o feminismo. Porque o que é feminismo pra mim: feminismo é você querer ter direitos iguais, mas também ser respeitada nas diferenças; Hoje, diz-se que a mulher tem direitos iguais, mas ela não tem. Ao mesmo tempo em que não tem os mesmos direitos que os homens ela também perdeu a sua individualidade feminina pra chegar mais perto o possível do mundo dos homens. No mundo do trabalho, quando você volta da licença maternidade, você pode ser vista como oportunista ou antiprofissional. Você também não pode deixar o trabalho porque está com cólica ou coisas assim. Para se aproximar do ideal masculino, tem que ignorar todo seu feminino, passar por cima disso. No parto eu acho que acaba sendo isso também, se você chorar, gritar, (que incomodo isso para o médico né?) (risos) eles vão falar que você é molenga, fresca, como aconteceu comigo, não há respeito [...] A busca pelo parto natural humanizado é a aproximação com esse lado feminino, é dizer para o mundo eu sou mulher, me respeite (Lara, entrevista de 05/09/2013).

Com certeza tem a ver com feminismo defender a escolha da mulher no parto. Se a gente considerar a igualdade, a busca pela igualdade entre o homem e a mulher, a maternidade faz parte disso... Até porque esses procedimentos, cortar o períneo da mulher, romper a bolsa, acelerar com hormônios, não tem nenhuma evidência científica de que isso é bom para o parto e a retomada desse papel é um tipo de feminismo sim. Eu acho que isso está relacionado ao parto humanizado, é você ter acesso às informações para fazer uma escolha mais consciente, o questionamento dos mitos, das crenças que muitas vezes a família traz, é você ter conhecimento para fazer escolhas por si só (Lívia, entrevista de 22/08/2013).

Eu acho que com a modernização, com a independência da mulher, elas ficaram com medo de aceitar o parto e a maternidade; como a mulher entrou no mercado de trabalho, estudou, as buscas profissionais acabaram passando na frente dos filhos e, além disso, a necessidade de se igualar ao homem na vida pública fez com que elas deixassem de lado o feminino, deixando de aproveitar as experiências do nascimento porque elas acabam querendo algo mais prático, mais controlado. Com a praticidade e a comodidade, a mulher acaba se encostando porque está tudo marcado e ela pode ir bonita para a maternidade, tem uma colega minha que marcou uma cesárea porque queria ir maquiada, sair bonita, penteada e escovada nas fotos, sendo que isso é o natural do corpo, a beleza do trabalho de parto e dos sentimentos... o feminismo é isso, é assumir o que se está vivendo (Elis, entrevista de 12/09/2013).

Das falas acima, é interessante perceber como cada mulher dialoga com a sua própria percepção do que é o feminismo ou a humanização do parto. Em suas falas é visível a consciência da pluralidade de valores que constituem esses movimentos sociais bem como as condições de suas apropriações. As mulheres que compõem o Grupo Maternati referem-se a momentos e a significados diferentes do que é o movimento de mulheres, adequando-os também as suas próprias concepções de parto humanizado.

Com relação à assistência obstétrica oferecida socialmente, o discurso feminino representado pelo Grupo Maternati é construído por críticas e recusas, de modo que a elaboração de um olhar atento passa a ser determinante para o alcance dos novos objetivos relacionados ao parto. A ênfase no sentimento de capacidade e de insubordinação com relação ao que é apresentado socialmente como o melhor para as mulheres é recorrente.

O empoderamento é fundamental para nós conseguirmos nos reconhecer como capaz, para romper com a cultura dominante, para na hora do nascimento acontecer à entrega. Tem também o lado da troca de experiências, se outras mulheres conseguiram, eu também vou conseguir; o parto humanizado não é só uma coisa de famosos que aparece na TV. Quando a mulher consegue reconhecer o que ela deseja, não só uma vontade, mas o que ela quer no seu íntimo, ela se torna cheia de ferramentas para que se sinta segura e reconheça as características que são pertinentes a todas as mulheres, o poder de parir (Milena, entrevista de 03/10/13).

O empoderamento é o acesso à informação e a capacidade de digeri-la. Não adianta ter a informação sem a capacidade de metabolizá-la porque a informação é uma arma muito poderosa, tanto serve para ajudar, como para matar, entendeu? Então devemos ter muito cuidado. Se empoderar é buscar os conhecimentos e saber trabalhar esses conhecimentos porque várias informações com que eu tive acesso sobre trabalho de parto e parto, por

exemplo, a presença do mecônio na hora do parto, a bolsa rota, a demora da dilatação, poderia ter sido uma situação assustadora se eu não soubesse que poderia acontecer, e, para muitas mulheres isso seria na hora uma indicação de cesária (Lorena, entrevista de 27/09/13).

As falas acima revelam o diálogo com a prática médica que rotineiramente afasta as mulheres de um parto relacionado à esfera da intimidade e a uma situação propícia para o empoderamento. O discurso médico nos apresenta o parto como nocivo, perigoso, anormal (Diniz; Duarte, 2004), mas, conforme os aconselhamentos do Grupo Maternati, as mulheres precisam se afastar dessas influências culturais para se sentirem livres e capazes de parir com escolha. Esse posicionamento pode indicar uma visão essencializada do feminino, como se, libertando-se das amarras sociais, as mulheres naturalmente alcançassem bons partos. Porém, mais do que isso, podemos ver nesse discurso sobre o “natural” um contraponto normativo, outra fonte de valores que busca ressignificar aspectos da cultura vistos como prevalentes.

Tal visão feminizada, destacada de forma exemplar pela afirmação de que “um parto pode gerar poder, prazer e alegria” (Kitzinger, 1978), visa pontualmente sobrepujar o modelo cesariano vigente e hegemônico na atualidade. O combate ao parto tecnocrático e institucional (Davis-Floyd, 1994; 2001), assim como o incentivo, o apoio e a rede formada entre as mulheres constituem as formas encontradas para combater esse modelo dominante.

Foi durante a roda de conversa do Grupo Maternati que eu fui entender o que era um trabalho de parto e um parto. Foi lá também que eu compreendi os valores em que se pautavam a assistência padronizada dos hospitais. Eu tive contato com a *doula* e isso me abriu o mundo... O que significava de fato um parto normal, um parto natural, a importância de se pensar esses partos, de ter uma equipe humanizada, da opção pelo parto domiciliar, fui entender como era a realidade e então eu tive a certeza de que sem o empoderamento uma mulher não dá conta de enfrentar o discurso médico sozinha (Entrevista Lorena, realizada em 27/09/13).

O movimento como um todo é uníssono quanto à necessidade de transpor “contaminações culturais” e as distorções que elas impõem. Mas no PSD (ideário do parto sem dor) ultrapassá-las implica – e é esse o objetivo – realizar o parto como um “simples fenômeno fisiológico”. Já no pós-PSD [antecessor do movimento de humanização do parto], extrapolar normas sociais visa aceder ao indivíduo e, sobretudo, liberá-lo. É por isso que essa transposição faz parte da agenda do aprimoramento pessoal. Ainda no contexto ideológico do pós-PSD, também se confere à palavra um poder expurgatório, e seu exercício é outra condição no caminho do aperfeiçoamento (Salém, 2007, p.79).

Outro aspecto a se destacar nas falas de nossas interlocutoras é a importância atribuída à busca por conhecimentos. Nesse sentido, o acesso a informações confiáveis ou que expressem mais fielmente as mulheres do Maternati, de forma a identificarem-nas, desencadeia, como consequência, um sentimento de segurança que as situa nos processos do parto como figuras centrais. A ideia de que a escolha pela cesária é sempre mais respeitada do

que a escolha pelo parto normal faz com que essas mulheres, segundo suas próprias concepções, tenham que literalmente lutar pelos seus direitos ao próprio corpo e por suas experiências de parto.

A cesariana eu acho muito importante, um avanço tecnológico. Eu acho que a cesária existe para salvar vidas e não devemos ter preconceito com a cesária e sim com os médicos que pensam que todo bebê deve nascer de cesária, que todo parto tem que ser cesária. A cesária é maravilhosa, ela fez com que abaixasse muito a taxa de mortalidade de mães e crianças. Perfeito, mas não em todo mundo, nos 15% aceitos pela OMS. Quanto ao parto ser no domicílio ou no hospital, tem que ser um lugar onde a mulher se sente bem. Eu não ia me sentir bem em um hospital, ia me inibir muito. Mas se a mulher se sente melhor no hospital, deve ir, é o direito dela, a vontade dela deve ser respeitada. Se ela está sentindo bem numa casa de parto, na casa da amiga, na casa da mãe, no hospital, ela tem que ser respeitada. Se ela tiver a disposição todos os tipos de drogas e de tecnologia e isso fizer ela se sentir empoderada então ela deve ir, mas não é assim que funciona né? As mulheres vão para o hospital ganhar nenê porque essa prática é a mais aceita e acatada pela sociedade, elas foram ensinadas que é assim que acontece, “você não consegue fazer o seu parto sozinha, você precisa de um médico” e é isso que eu acho errado (Ísis, entrevista de 28/08/2013).

A percepção de que o parto natural deve ser buscado e conquistado, como parte de um empenho da agência individual, remete-nos à visão de Giddens (2002) sobre o empoderamento na atualidade. O autor chama de “requalificação” e “reapropriação” o aprendizado empenhado pelo sujeito para informar-se sobre todos os tratamentos disponíveis, em todos os campos do saber, e a forma como eles se comparam com o diagnóstico sugerido pelo especialista original.

Assim, o empoderamento pode ser visto como um processo de autoconhecimento ou como um projeto reflexivo realizado por meios de escolhas; a ideia é vasculhar a si próprio e os conhecimentos ao redor em busca de experiências que melhor o defina como sujeito. O empoderamento é também uma afirmação íntima, pessoal e social de indivíduos que querem ser desafiados em suas experiências e que buscam momentos de intensidade física e emocional para com isso se sentirem únicos.

Nesse contexto, a escolha por um caminho alternativo, muitas vezes marginal, como pode ser a escolha por um parto diferenciado, “natural” e “singular”, pode ser mais complexa de ser feita, pois envolve a noção de “risco conscientemente assumido” e também de que o parto projetado deve, ao menos idealmente, transcorrer sem nenhuma interferência médica, fazendo valer o sentido etimológico da palavra obstetra, do latim *obstare*, ou seja, estar ao lado. Nesse caso, o especialista atento só intervirá em caso de exceção, quando o parto se tornar difícil ou perigoso.

Desse modo, ao que nos parece, a discordância de uma visão dominante, reiterada e amparada pela medicina, pretende abrir espaço para o surgimento de outras visões, mais críticas do que possa ser a posição feminina no parto. No entanto, tal postulado não deixa de ser um projeto reflexivo ainda aberto, maleável e autocrítico. Essa posição também tem o interesse de criar novas demandas profissionais (*doulas*, enfermeiras obstetras, obstetrizes), já que o descontentamento com relação às práticas médicas e à visão da medicina sobre o corpo da mulher pode ser amenizado se os espaços de atenção aos nascimentos forem mais democráticos e igualitários, segundo pensa o movimento de humanização do parto e as profissionais do Grupo Maternati.

A figura do médico, hoje central, tornar-se-ia coadjuvante com a aproximação das enfermeiras obstétricas, das obstetrizes ou das parteiras capacitadas por programas oficiais, ainda hoje consideradas “inaptas” a realizar partos sem uma supervisão médica. O estímulo a essas profissionais é claro no interior do projeto de humanização, além de ser também amparado pela Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, que possuem como uma de suas principais prerrogativas a formação e a ampliação das obstetrizes e das parteiras profissionais no atendimento ao parto.

Podemos falar que no Grupo Maternati, a mulher empoderada obtém realizações tanto no âmbito pessoal, por meio da concretização de uma experiência planejada ou do “parto ideal”, como no domínio coletivo, mais amplo e compartilhado socialmente. Isso porque a mulher que teve o Grupo Maternati como mediador em sua tomada de decisão e, portanto, está empoderada, ao se dirigir para a instituição hospitalar durante o nascimento de seu filho, juntamente com o seu marido e tendo-o muitas vezes como porta-voz de suas escolhas, irá assumir uma postura diferenciada em relação a uma pessoa leiga ou que confie plenamente na instituição.

A postura das mulheres que partilharam dos conhecimentos da rotina técnico-hospitalar, dos depoimentos de outras mulheres, dos vídeos documentários sobre a assistência obstétrica no Brasil e, enfim, que foram empoderadas no âmbito da obstetrícia pelo pertencimento ao Grupo colocam-se bastante distantes da posição comumente aceita socialmente para o momento do parto, ou seja, a de paciente.

De outra forma, vimos significativos relatos de mulheres que chegaram ao Grupo Maternati justamente por já terem tido experiências de dor e violência, que se sentiram violentadas e desrespeitadas nos seus primeiros partos e, portanto, procuravam a superação



desses momentos em outra experiência. Esse foi o caso de Lara, mãe de uma menina e grávida novamente, que buscou o Maternati a fim de uma reparação:

Eu e o meu marido tivemos a inocência de achar que a equipe médica ia proporcionar o parto normal tão esperado. Eu fui atendida pelo SUS e no posto de saúde eles tinham um curso pra gestante, então toda consulta do pré-natal nós tínhamos encontros e eles falavam do parto normal e que a cesária era em último caso, tudo lindo. Eu tinha uma amiga de SP que falou: Não deixa eles te cortarem, eles falam que recuperam logo e é mentira, não recupera, eu fiquei 4 meses sem conseguir usar calça jeans, sem conseguir ter relação sexual, é horrível... Então eu perguntei para a enfermeira e ela falou: não, aqui a gente não faz episiotomia de rotina, só quando realmente é necessário, o parto pode ter o acompanhamento do pai, tudo lindo, a gente saiu de lá maravilhado. [...] Então eu sentei na cadeira de rodas, me colocaram o cardiotoco, mas dessa vez foi diferente. Toda vez que eles colocavam o cardiotoco eu gostava de ficar olhando, a gente tem uma noção se tá alterando, se não tá, e nesse dia eles viraram de costas o cardiotoco, tinha outra gestante na sala e eles viraram. Eu não conseguia levantar pra desvirar. Eu fiquei ali né, naquela passividade, confiando, na hora eu não me toquei que aquilo não estava virado por acaso né, que não era porque o espaço era pequeno... Que era de propósito. Quem estava me atendendo até então era o plantonista e não o médico do pré-natal. [...] De repente entrou lá um residente que parecia um furacão e disse eu sei que você quer um parto normal, mas a situação é a seguinte: sua bebê tá com taquicardia, a gente não sabe o que tá acontecendo “lá dentro”, esse horário a gente não tem mais ultrassonografia, pode tá com o cordão enrolado no pescoço, pode estar em sofrimento fetal, só sei que a gente precisa fazer uma cesariana agora. Eu vou falar o quê diante dessa situação? Meu chão sumiu, e eu falei faz o que for necessário para salvar minha filha (choro) aí eu fiquei desesperada... eu tinha me preparado para um parto normal, eu não tinha me preparado para uma cesariana, que eu não ia sentir nada, eles iam me cortar, iam tirar o bebê e pronto, aí eu fiquei desesperada... [...] aí rapidinho veio um monte de gente, me mandaram tirar a roupa, perguntaram se eu estava raspada, tira colar, anel, brinco, em cinco minutos eu estava só com aquela camisola, deitada na maca, indo para o centro cirúrgico, eu fiquei muito estressada, me sentindo sozinha [...] O anestesista ficou do meu lado, passando a mão na minha cabeça, falando olha aí é rapidinho, tá dando tudo certo, aí de repente eu não ouvi nada, a gente imagina o choro, a emoção e nada; a enfermeira, parabéns sua filha nasceu. Como assim nasceu? Cadê eu não estou ouvindo nada e a enfermeira você está ouvindo um chorinho? Lá longe, eu ouvi, mas já estava longe, na outra sala... ela nasceu sua filha... O médico, aquele que tinha me examinado, só apareceu na hora e nem falou comigo, só com a equipe, ele me abriu, mas não foi ele quem me fechou, ficou lá o residente e um monte de gente que eu não sabia quem eram. Aí a pediatra trouxe a bebê e disse olha eu não sei o que aconteceu, não tinha cordão enrolado, estava tudo bem, tinha pouco líquido, talvez tenha sido isso (Lara, entrevista de 5/09/2013).

Esse longo relato exemplifica fatos que muitas vezes foram narrados durante os encontros do Grupo: primeiro a confiança inicial na equipe médica e a crença de que está sendo salva de uma situação de risco. Depois uma desconfiança, mas também uma inatividade diante de um ambiente tão hostil e estranho. Por fim, o desamparo e a constatação de que nada daquilo era realmente necessário, mas que, entretanto, deixou marcada uma experiência tão planejada.

Com lágrimas nos olhos, ela reviveu através da memória um fato que, apesar da importância dedicada durante toda a gestação, foi também “o pior momento da minha vida”,

segundo ela. Outra observação interessante foi que em um determinado momento ela comparou a sua situação inicial, de bem estar, felicidade e alegria, com o clima, o dia de sol que estava lindo, mas que, assim que a notícia da cesária foi dada, o tempo se fechou e uma tempestade caiu deixando tudo escuro, dentro e fora dela. A presença de uma “natureza simbólica” em assuntos ligados ao parto é recorrente, assim como a mudança da lua e da maré, onde água influencia água, mostrando que o momento do parto pode estar perto. A natureza, nesses casos, não aparece em oposição à cultura, ela adentra os discursos culturais.

Na história de Lara, diferentemente de outras narrativas, a “presença da natureza” não indicou a hora do parto por seu próprio fluxo, mas ainda assim esteve presente manifestando o estado de espírito dessa mulher que se sentiu assustada e “no escuro”. Esse apelo a fenômenos da natureza foram frequentes entre as mulheres entrevistadas e falaremos dessas construções mais adiante como “discursos culturais da natureza”.

As mulheres que passaram pelos encontros e se identificaram com essa nova perspectiva, a saber, do parto como parte integrante de um processo fisiológico, sexual e íntimo de suas vidas, aos poucos, assumiram uma postura de desconfiança, de sobreaviso e de atenção aos possíveis desrespeitos e descumprimentos, por parte da equipe técnica, de seus direitos sexuais e reprodutivos. O reconhecimento do parto como pertencente à sexualidade<sup>66</sup>, a construção de gênero, a elaboração do ser mãe, a integridade da pessoa e do corpo, passam a ser prioridades, mesmo que para isso essas mulheres tenham que “brigar” ou “lutar”, no sentido estrito do termo. Durante a pesquisa de campo tivemos relatos nesse sentido.

A seguinte fala é exemplar do embate e do “processo de negociação” que a gestante iniciou com o médico que a atendia, desde o início da gestação até o momento do parto.

Hoje eu vejo que o parto é uma conquista da mulher, não é algo natural. Se eu falar para você que eu tive um parto natural, não é verdade porque eu tive que lutar por ele, eu tive que ler, eu tive que frequentar grupos, conversar com pessoas que tiveram parto normal, com pessoas que tiveram cesariana, com pessoas que foram no mesmo médico que eu, então eu passei a gravidez inteira buscando. Eu não passei a gravidez num momento gostoso, tranquilo e no final, o parto aconteceu de uma forma natural, eu acho que não dá pra simplificar dessa forma. Foi uma conquista: eu me informei, eu fiz um plano de parto, eu conversei com médicos, com maternidades, com as enfermeiras durante o trabalho de parto. Como que eu podia relaxar, sabendo que a qualquer momento eu poderia ser vítima? Não tem como você relaxar sabendo

---

<sup>66</sup> Segundo Tornquist (2004), a percepção do parto como parte da sexualidade integra um elemento importante do empoderamento, em suas palavras: *Foram observados vários níveis deste empoderamento no campo do Movimento [de humanização do parto]: um deles refere-se ao processo do parto enquanto um evento ligado à vida e à sexualidade da mulher. Aqui, dentro de uma celebração do parto, temos uma concepção do empoderamento das mulheres: elas passam, a partir do parto humanizado, de uma posição passiva e doentia, da ideia de subordinação e subserviência às demandas hospitalares, a outra posição, mais autônoma e mais independente (Tornquist, 2004, p.361).*

de tudo o que pode acontecer; então realmente, durante o trabalho de parto eu fiquei na defensiva, eu sabia que a qualquer momento poderia acontecer alguma coisa, inclusive quando eu estava com sete centímetros de dilatação, chegando ao expulsivo eu tive que sentar para conversar com o médico para explicar pra ele que eu não aceitava uma episiotomia, eu não autorizava. Como que você pega uma mulher em trabalho de parto ativo, com quase dez centímetros de dilatação, chegando no momento do expulsivo para conversar e ter que explicar para o médico, com letras garrafais, que você não autoriza esse tipo de procedimento e ter como resposta uma cara de dúvida e uma fala: “se eu achar que devo fazer eu vou fazer” e eu sabendo que não há necessidade e o médico que trabalha com isso a doze anos não sabe e diz que vai fazer, é complicado, não tem como você se soltar... então se você perguntar se eu consegui o parto que eu queria, a resposta é não. Eu queria um momento que eu pudesse viver, relaxar e me entregar.... Eu queria calar minha mente para poder ouvir o meu corpo e eu não tive isso; porque todo o tempo eu estava pensando, eu estava de olho, eu estava vendo o que a enfermeira estava fazendo, que instrumento ela estava pegando, então não tem como você parar para ouvir o que o seu corpo está dizendo, por exemplo, quando eu leio os relatos de outras mulheres, elas falam das etapas do TP, de terem passado pelo círculo de fogo, sentir bebê descendo, a partolândia, eu não senti, eu não consigo me lembrar disso porque eu estava tão ligada no que estava acontecendo ao meu redor, com a cabeça a mil, que minha preocupação era eu sair dali inteira (Estela, entrevista de 25/10/13).

Nesse trecho de entrevista, que se parece com um desabafo entristecido pela constatação de que não foi possível a realização do parto com tranquilidade e respeito, vemos Estela dizer que teve que negociar as intervenções no parto com o médico, mesmo estando com dor e já tendo discutido o plano de parto com ele durante a gestação. A ameaça de que poderia sofrer a episiotomia sem o seu consentimento e o ambiente tumultuado de pessoas desconhecidas, a retiravam de um processo interno e da concentração que queria manter com o seu corpo durante o trabalho de parto.

Estela se preparou com o Grupo durante toda a gestação e se destacou nas reuniões pela dedicação e pelo posicionamento muito claro e certo de suas convicções com relação ao parto natural. Ela também se empenhou bastante para evitar a rotina hospitalar com relação ao seu bebê, por exemplo, ela não queria que o cordão umbilical fosse cortado antes que parasse de pulsar, ela não aceitava que o bebê fosse aspirado ou que fosse submetido a medicamentos, banho, incubadora ou mesmo que ficasse longe de seu corpo após o nascimento. Estela também dizia se sentir empoderada, mas que foi “surpreendida pela atuação do médico” no momento exato do parto, mesmo estando tudo bem com ela e com o bebê.

Segundo alguns relatos, o fato de a mulher estar consciente de suas escolhas não garante que tudo ocorrerá como o planejado. Ao contrário, ouvimos depoimentos de acompanhantes e de *doulas* que afirmavam: “dentro dos hospitais, as mulheres que mais estavam preparadas para o parto, as mais ativas e participativas, foram àquelas que mais sofreram as rotinas e as intervenções, muito embora as outras mulheres também padecessem delas sem perceber” (Notas de trabalho de campo). Disso, podemos inferir a disputa por

autoridade existente dentro das instituições e a necessidade de afirmação de quem detém o saber poder com relação ao que deve ou não deve ocorrer dentro dos hospitais.

Os profissionais, por sua vez, ainda se apegam a noções e práticas obsoletas e agressivas na assistência ao parto vaginal no setor público, e, no setor privado, aderem à concepção misógina de que o parto vaginal é primitivo, inconveniente, insuportavelmente doloroso, repulsivo em seus aspectos mais corporais, e danoso à saúde sexual da mulher – portanto deveria ser “prevenido” sempre que possível. Insistir em ter um parto espontâneo, para aquelas mulheres de classe média que podem evitá-lo, é motivo para estranhamento, e, não raro, para aberta hostilidade por parte dos serviços (Diniz, 2014, p.218).

Segundo as mulheres do Grupo, o relacionamento desigual entre elas e os médicos, pautado pelo mando e o autoritarismo, é um fator importante para sua escolha pelo parto domiciliar. Isso porque elas aspiram “escolher como, em que posição, lugar e circunstâncias irão parir seus filhos” (Notas de trabalho de campo, maio de 2013). Nos encontros do Grupo, as gestantes também discutem sobre o que acontece com o bebê logo após o nascimento.

Receber uma avaliação clínica longe ou perto da mãe, qual é o melhor tempo para ligar (cortar) o cordão umbilical (como rotina os médicos “cortam” o cordão imediatamente a saída do bebê o que, segundo pudemos ouvir nas reuniões, impede que todo o sangue da placenta volte para o corpo do bebê garantindo uma proteção contra anemia até os dois anos de idade), se receberá medicamentos preventivos como vacinas e colírios (o nitrato de prata é aplicado rotineiramente e sem aviso prévio), se a equipe de enfermagem efetuará a aspiração das vias aéreas (procedimento de rotina tanto no SUS como na rede particular e rebatido pelas evidências científicas), se o bebê será amamentado na primeira hora, se tomará o banho (fato que retiraria o verniz caseoso<sup>67</sup>, proteção natural da pele ao nascer)

Enfim, as mulheres envolvidas com o parto humanizado querem opinar sobre todos os cuidados iniciais que acreditam abarcar benefícios futuros, principalmente para o vínculo entre mãe e filho. Essa tomada para si de um fenômeno estabelecido socialmente como um evento pertencente à medicina e ao médico não acontece sem conflitos e danos às experiências.

Por outro lado, o empoderamento pode também abrir “brechas na estrutura” e, segundo nossas interlocutoras, pode propiciar “espaços de negociação” em um sistema

---

<sup>67</sup> O vernix caseoso é uma substância branca e gordurosa que recobre a pele do recém-nascido logo quando ele nasce. É decorrente do acúmulo de secreção das glândulas sebáceas e contém células epiteliais e lanugem. É produzido até a 38ª semana de gestação e protege o bebê tanto no ambiente intra quanto extra-uterino. O vernix é absorvido naturalmente nas primeiras doze horas de vida do bebê, seja pelo atrito com as roupas ou pelo próprio ressecamento. Tem como função manter a impermeabilidade da pele, protegendo contra microorganismos do líquido amniótico ou do ambiente externo. Também tem função hidratante, termorreguladora e antibactericida (Abreu; Brasileiro, sem data).

obstétrico visto como pronto e acabado pelos profissionais da saúde que trabalham nos hospitais, e que, ao se depararem com outras formas de atuação e relacionamento (mais livres de imposições rotineiras) podem vir a ser, em outros contextos, mais críticos e duvidosos da real eficácia dos "procedimentos padrões", tanto em relação à conduta da equipe de atendimento à mulher, como àquela referente ao regulamento institucional, ou seja, as regras do hospital.

O questionamento desses procedimentos considerado invasivos é observado nas discussões propostas pelo Grupo Maternati. Na seguinte fala, do encontro de gestantes do Maternati, pudemos perceber tanto a necessidade de organização de uma ação política que incite mudanças, quanto à consciência das dificuldades encontradas no interior das instituições médicas:

Vamos agir juntas! Se todas nós escrevermos o nosso plano de parto, definindo tudo o que queremos e não queremos durante o nosso parto e entregar na secretaria do hospital eles podem até desconsiderar o documento, mas, pelo menos vão perceber que existe uma demanda das mulheres para a mudança da rotina e o cumprimento da Medicina Baseada em Evidências e dos nossos direitos (Notas de trabalho de campo realizado em setembro de 2013).

Acompanhada da ideia de conquistar mudanças na assistência hospitalar ao parto, verificamos a concepção de que essa transformação além de necessária é também um direito. Essa ideia nos remete a um tema feminista que, em meados dos anos 1980, reivindicou um desdobramento da concepção de direitos humanos para o que foi chamado de "direitos sexuais e reprodutivos". Esses direitos dizem respeito à liberdade, a integridade, a segurança, a privacidade, as escolhas livres e responsáveis, a informação e ao exercício da expressão sexual. É resultado da discussão sobre a autonomia do corpo, o controle da fecundidade, o acesso à contracepção entre outras reivindicações sobre saúde reprodutiva.

### **Limites do empoderamento**

A desigual distribuição de poder nas relações entre médicos e pacientes é pautada por valores que tendem a objetificar e medicalizar o parto e o corpo feminino, desencadeando, por isso, mobilizações em diversos âmbitos da sociedade. Tornar aspectos da vida cotidiana objetos exclusivos da medicina é um processo antigo que retirou saberes de exclusividade das mulheres parteiras, para conduzi-los às mãos dos especialistas, hoje os médicos obstetras. O uso do termo empoderamento por movimentos de mulheres e correntes médicas alternativas

ao modelo biomédico o vincula, portanto, a um discurso que perpassa valores e identidades, assinalando a ação concreta dos sujeitos para a retomada desse poder.

O projeto de parto humanizado questiona, assim, a visão dominante representada pelo campo da medicina e pela centralidade dos recursos tecnológicos, ao clamar por um olhar humanístico, atento aos desejos, a singularidade e aos sentimentos, principalmente por entender que o empoderamento é um mecanismo fundamental para mudanças nesse sentido. Notamos que os discursos de empoderamento são complexos e apresentam-se nas falas das mulheres como narrativas acionadas contextualmente. São construídos em momentos específicos e de acordo com o interlocutor em diálogo – que pode ser o obstetra, as companheiras do Grupo, a medicina em geral ou até mesmo as mulheres não identificadas com o modelo de parto humanizado.

Nesse sentido, o termo empoderamento é polissêmico e denota tanto os aspectos individuais e psicológicos como também tensões macrossociais amplas e coletivas. Os sujeitos que utilizam a palavra empoderamento também dialogam com variadas visões sobre o poder. Fala-se tanto de um poder repressor, que impõe condutas (a exemplo de quando as mulheres se referem à coerção dos “médicos cesaristas”) quanto de um poder gerador e criativo, que liberta as mulheres de certas imposições sociais.

O poder, nessas afirmações, está desnaturado, ou seja, não é dotado de um sentido essencial e concreto: esse empoderamento prevê múltiplos poderes e, nesse sentido, o corpo feminino é o veículo que unifica discursos fluidos sobre o poder e estratégias de ação em permanente elaboração.

Além disso, o empoderamento aparece como central na fala das mulheres porque as distingue e individualiza: ele as liberta dos padrões homogeneizantes e massificadores das experiências de parto.

Para as mulheres do Maternati, grupo que pertence às camadas médias e intelectualizadas da cidade de Maringá, é possível afirmar que o termo empoderamento possui algumas conotações políticas, principalmente quando mantém um diálogo mais amplo e coletivo com os sistemas simbólicos que buscam revisar e transformar, como o valores que embasam as prática médicas.

De outro lado, apresenta limitações concretas, pois aparta inúmeras mulheres desse processo: embora o saber produzido pelo movimento de humanização do parto já tenha adentrado políticas públicas do SUS (sistema único de saúde) como é o exemplo do PNHP (plano nacional de humanização do parto), essas teorias encontram-se muito aquém das

expectativas ligadas às mudanças nos padrões das relações médicas e de gênero para a maioria das pessoas.

No Grupo, a apropriação dos conhecimentos que desnaturalizam o papel de passividade da mulher no parto, como se essa postura fosse “essencialmente feminina”, demonstra que fenômenos fisiológicos são atravessados de cultura e, que, ao menos individualmente, é possível libertar-se dos procedimentos da medicina para o controle do parto. As mulheres que escolhem o parto domiciliar (a partir do projeto de parto humanizado) parecem estar mais próximas a esse ideal de ressignificação simbólica do parto, porque conseguem conciliar em suas experiências a liberdade, a entrega corporal, o planejamento, o controle e a segurança (esta última considerando sempre a possibilidade de ida ao hospital).

Destacamos que o empoderamento como um sentimento de autoconfiança e de capacidade é uma das definições mais recorrentes dentro do Grupo Maternati. Ideias como a de medo e sofrimento são substituídas por sentimentos de prazer e superação por meio do empoderamento. Obter conhecimentos teóricos e técnicos sobre o parto promove um maior equilíbrio na relação com os médicos e consolida o parto humanizado como a garantia e o respeito às escolhas das mulheres do Grupo.

Segundo o inquérito nacional *Nascer no Brasil* (Fiocruz, 2014), as mulheres das chamadas classes médias com maior poder aquisitivo e escolaridade, são as que mais recebem intervenções desnecessárias durante o parto, incluindo a realização da cesária sem comprovação clínica, o que, segundo prerrogativas internacionais, situam-nas como as mais distanciadas das boas práticas médicas ou daquelas amparadas pela Medicina Baseada em Evidências.

Nesse sentido, quando nos referimos ao parto, vemos que o uso indiscriminado da tecnologia confunde-se com um ideal valorativo ligado a padrões civilizatórios. Esta “norma”, mais destinada às usuárias dos planos de saúde particulares, provoca grande descontentamento por parte de algumas mulheres, que almejam experiências mais libertadoras, “naturais” ou somente que as expressem em seus valores e individualidades.

Assim, a problematização da assistência obstétrica oferecida no Brasil, realizada pelo movimento de humanização do parto, continua a ser uma questão complexa, reveladora de dilemas sociais e individuais; nesse sentido, o conceito de empoderamento constitui uma faceta importante da questão, a despeito de seu sentido plural e pouco efetivo no que diz respeito a mudanças estruturais no sistema de atenção à mulher e ao parto nos dias de hoje.

### **CAPÍTULO III. Desdobramentos identitários do Grupo Maternati: discursos e escolhas relacionados ao parto humanizado**

*Ontem vivi a experiência da descoberta do que é um verdadeiro parto humanizado. Há pouco mais de um ano venho pesquisando muito sobre este outro maravilhoso jeito de trazer nossos bebês ao mundo, mas eu ainda achava que parto humanizado era sinônimo de parto sem intervenções [parto natural]. Eu estava enganada. Meu filho precisou vir ao mundo um pouquinho antes do tempo convencional (mas felizmente não antes do seu tempo), e para isso o parto natural, sem intervenções deixou de ser uma possibilidade para nós. Foi um desafio e tanto! Eu precisei encarar os meus medos e os meus fantasmas, mas eu tinha ao meu lado uma equipe fantástica! Embora eu tenha precisado de muitas intervenções, tive a confiança de um trabalho feito com base em evidências científicas, com a preocupação central de sempre priorizar o meu bem estar e o do meu filho. No fim, não tive o parto "sonhado", mas tive o parto real, possível e respeitoso (Depoimento retirado do grupo virtual do Maternati em 02/07/2014).*

Considerando as características do projeto das identidades na atualidade, ou seja, a multiplicidade de discursos em permanente conflito, revisão e construção, retomaremos a seguir, aspectos já apresentados no decorrer do trabalho com o intuito de melhor aprofundá-los. Como vimos, muitos são os discursos que perpassam a escolha pelo parto humanizado. Eles estão banhados de aspectos culturais e sociais, porém, também passam pelo crivo individual recebendo novos contornos.

Dentre suas características, fundamental é saber para quem cada discurso se dirige ou, em outras palavras, perguntar quem é o “outro” com quem se dialoga a cada momento. Esse “outro” podem ser muitos: o médico, os familiares, os amigos, as mulheres identificadas (como as que frequentam o Grupo Maternati), outras mulheres com opiniões diferentes, o companheiro ou marido, entre outros.

Cada uma dessas narrativas possui argumentos estrategicamente pensados para persuadir e dar validade as buscas pessoais, procurando constituir certa coerência ou caráter de verdade. Ao que pudemos perceber, esses discursos expressam formas de distinção, individualidade e resistência diante de um cenário em que o parto deixou de ser um “assunto de mulheres” para tornar-se uma questão médica.



## **As mulheres e os médicos: conflito entre saber e poder**

*Usamos a evidência científica para comprovar o projeto da humanização do parto e também para criticar a biomedicina (Fleischer, 2005, p.15).*

Nesse tópico falaremos sobre a visão que as mulheres do Grupo Maternati, impulsionadas pelos valores do movimento de humanização do parto, têm da medicina de um modo geral. Em específico, discorreremos sobre a relação que estabelecem com os médicos que as atendem durante a gestação. Com isso, analisaremos a diferença entre o modelo da medicina tradicional ou biomédica, como é a prática atual (principalmente pela excessiva medicalização) e da Medicina Baseada em Evidências, discurso que atualmente legitima a escolha pelo parto humanizado conferindo cientificidade e eficácia a esse tipo de parto.

Para o Grupo Maternati, a mulher que deseja o parto humanizado precisa munir-se de todas as informações possíveis sobre suas vantagens e implicações. Segundo observamos em nossa pesquisa de campo, cada mulher deve preparar-se psicológica e fisicamente para o parto, mas principalmente, precisa escolher um médico que compartilhe de seus ideais. Identificar-se com o parto humanizado, ou por uma questão de estilo de vida, ou por necessidade de vivenciar “novas experiências”, implica em assumir uma posição de resistência com relação aos valores que se perpetuam na prática médica atual.

Um dos caminhos possíveis para tanto é a incorporação do discurso da Medicina Baseada em Evidências (MBE), vertente crítica da biomedicina. Os pesquisadores vinculados a esse campo do saber promovem estudos randomizados de todas as condutas médicas estabelecidas tradicionalmente, procurando distinguir as práticas obsoletas e ineficazes daquelas consideradas importantes e benéficas. Essa concepção afirma que a medicina convencional está exposta a:

(...) crenças e valores tidos como ‘extracientíficos’, quais sejam, os baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas, como a chamada ‘crença’ na importância da raspagem dos pelos pubianos para evitar infecções, ou a proibição de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, entre outras (Tornquist, 2002, p.487).

Esses “novos” conhecimentos são estrategicamente apropriados pelo movimento de humanização do parto e pelas *doulas*, que os utilizam para fortalecer e legitimar suas reivindicações. É preciso sublinhar que o enfoque da MBE na obstetrícia é dividido entre a mulher e o bebê, ambos sujeitos de direitos. Dentre suas diretrizes está a reunião de todos os

estudos atualizados sobre as práticas obstétricas que visem “curso natural” do parto. Somente em alguns casos a intervenção será discutida com a mulher e a equipe multidisciplinar que a acompanha. Nesse sentido, a Medicina Baseada em Evidências recusa uma ação invasiva no corpo da mulher sem o seu consentimento, participação e justificativas concretas.

Aceita pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, a Medicina Baseada em Evidências não impõe uma ruptura definitiva com relação aos saberes da medicina tradicional. Sua proposta é destacar uma nova abordagem principalmente ao parto hospitalar, por entender que, de fato, há um excesso de condutas prejudiciais à saúde do bebê e da mulher, que repercute não só no exato momento do nascimento, mas também na saúde desse novo indivíduo e na vida reprodutiva das mulheres como um todo.

Podemos sugerir que há uma convergência de interesses entre o discurso do empoderamento feminino no parto e a MBE. Isso porque esta liberta a mulher de práticas tradicionais consideradas violentas pelo movimento de humanização e que são utilizadas de forma rotineira nos hospitais brasileiros no atendimento ao parto vaginal como, por exemplo, o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem do pelos pubianos), o uso de ocitocina sintética intravenosa, a episiotomia (corte da musculatura do períneo), a posição supina obrigatória, o jejum, o isolamento, o uso da manobra de *Kristeller* (pressão no fundo uterino) e da valsava (“força comprida”), entre outros procedimentos não mais indicados por essa vertente da medicina (Ministério da Saúde, 2001).

Embora esteja previsto em lei<sup>68</sup> o direito da mulher pela escolha do tipo de parto, podemos observar nos relatos das mulheres do Grupo Maternati que quando a escolha é pelo parto normal, o médico geralmente encontra subterfúgios para não aprofundar o tema parto. Segundo elas, os médicos preferem falar do tempo gestacional, da data prevista para o nascimento, de intercorrências na gravidez, de tudo, menos do planejamento do parto. Este, segundo percebemos, é mais fruto do acaso para os médicos, do que de uma preparação. Dessa prática, temos os seguintes resultados em Maringá:

Um estudo denominado ecológico de séries temporais avaliou as taxas de cesariana em Maringá, Paraná, no período de 2002 a 2012. Os autores utilizaram informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema

---

<sup>68</sup> Parecer nº P/12/APB/08 sobre o direito de escolha da via do parto: “Se assiste ao casal e à mulher grávida em particular um direito à escolha da via do parto. Nomeadamente, se deve ser dada a possibilidade à mulher grávida de escolher - de um modo livre e esclarecido - o modo como o seu filho irá nascer: por via vaginal ou através de uma cesariana”. Que a generalização da possibilidade de escolha da via do parto pode originar um agravamento de custos com a prestação de cuidados de saúde. “Que em todo o caso, qualquer decisão neste domínio deve ter em consideração a evidência clínica existente sobre os riscos associados a cada uma das vias de parto” (site [www.cufdescobertas.pt/Cesarianaapedido/4238](http://www.cufdescobertas.pt/Cesarianaapedido/4238), acesso em março de 2015).

Único de Saúde (SUS). Quanto aos resultados no decorrer dos 11 anos do estudo ocorreram 48.220 nascimentos. Desses, 77,1% foram parto cesáreo e apenas 22,9% parto vaginal. Os partos financiados pelo SUS totalizaram mais de 22 mil procedimentos e desses, 54,6% foram cesáreas. A conclusão final é uma tendência ascendente para parto cesáreo e decrescente para parto vaginal nos dois tipos de financiamento. Ou seja, as cesáreas continuarão aumentando nos dois financiamentos de saúde se não forem implantadas novas ações e estratégias. Isso significa abordar também os aspectos socioculturais das mulheres e a formação e a atuação profissional na obstetrícia ([www.dralexandrefaisal.blogosfera.uol.com.br/2015/01/13/taxa-de-cesariana-continuara-alta-no-pais-em-2015](http://www.dralexandrefaisal.blogosfera.uol.com.br/2015/01/13/taxa-de-cesariana-continuara-alta-no-pais-em-2015), acesso em 15/01/2015).

Como observado na pesquisa, os altos índices de cirurgias cesarianas nos partos hospitalares brasileiros implicam gastos excessivos aos sistemas de saúde, público e suplementar. Para as mulheres são citados problemas de curto e longo prazo como complicações cirúrgicas, cicatrização, infecção hospitalar, aderências, placenta prévia em gestação futura ou descolamento, gestação ectópica, acretismo de placenta, rotura uterina, hemorragia, entre outros (Diniz; Duarte, 2004).

Embora possamos verificar uma convergência inicial entre o empoderamento e a Medicina Baseada em Evidências, em circunstâncias pontuais e de maior risco, a mulher pode ser obrigada a deixar de ser a figura central do parto e, com isso, perder a autonomia do processo, visto que isso implicaria riscos ao bebê.

No processo do parto a tensão entre direitos da mulher versus direito da criança está presente, mas nessa ocasião, ela parece ser menos explícita e subordinada à própria noção de parto fisiológico: os investimentos sobre as parturientes, em termos de normatizar seus comportamentos são tímidos, restringindo-se aos casos de descompensação, e apontam para o respeito dos profissionais durante a fase liminar do ritual, já nos tempos do Alojamento Conjunto. Tempo de reagregação à sociedade, a mulher empoderada do momento do parto, volta, no tempo do alojamento e em torno da amamentação, a um lugar subordinado, sobretudo se não atender a esta expectativa de amamentar (Tornquist, 2004, p. 356).

Os depoimentos demonstram que para o parto humanizado ocorrer como o esperado, cabe à mulher assumir uma postura ativa no relacionamento com o médico durante toda a gestação e parto<sup>69</sup>. Esse posicionamento começa no convencimento, por parte das mulheres, de que o parto humanizado é a melhor escolha; passa também pelo processo coletivo de compartilhar conhecimentos e, pode se consolidar na experiência do parto, uma totalizadora desses interesses.

---

<sup>69</sup> Embora seja bastante difundida a ideia de que o parto humanizado é somente uma questão de conduta da equipe de atendimento (os meios de comunicação geralmente referem-se ao parto humanizado como uma política pública ou uma assistência hospitalar oferecida pelo sistema de saúde) a visão que destacamos é outra. O que podemos perceber em nossa pesquisa com o Grupo Maternati é que embora a escolha da equipe seja importante, o ponto de partida é o posicionamento da mulher. É a decisão de buscar o parto ativo que determina todo o resto, inclusive a procura por uma assistência alinhada aos valores da humanização do parto já que ela não está garantida universalmente.

No Maternati, presenciamos relatos orgulhosos dessa “maratona” que foi considerada a luta pelo parto humanizado. Elas sublinharam o quanto se sentiram fortes, capazes e empoderadas durante o parto.

De maneira explícita, observamos durante os encontros do Maternati o sentimento de desconfiança com relação aos profissionais médicos. Diversos debates dentro do Grupo mostraram que mesmo àqueles que se comportavam com certa docilidade, aceitando a priori os pedidos da mulher, poderiam ser acusados de estar preocupado apenas com sua própria comodidade e ganho financeiro. Segundo Mendonça (2013) “todo momento é transpassado pelo risco de que ele imponha sua autoridade médica e desautorize o desejo da mulher” (2013, p. 74).

A medicina tradicional produz, em sua maioria, uma relação hierárquica entre médico e paciente, abordando o corpo de uma forma fragmentada e estrita aos aspectos biológicos. Deixando de lado as dimensões socioculturais, históricas e individuais, o parto que deu certo, na perspectiva técnica da medicina, é àquele em que o bebê nasceu bem e a mulher permaneceu estável.

No entanto, nem sempre a avaliação da mulher é a mesma que a da equipe médica. Durante a pesquisa, ouvimos mulheres “se desculparem” por reclamar de suas experiências de parto. Por um lado elas se sentiam felizes pelo bebê, mas por outro, traziam angústias e dor pelo modo como aconteceu o nascimento.

Eu nem senti emoção, nem chorei, nada. Outro dia eu estava lembrando isso com o meu marido, eu fiquei dopada, queria pegar a bebê, mas não pedi, queria por ela pra mamar, mas eu só consegui olhar pra ela e falar ah, minha princesa...que linda....só isso. O médico me fechou (pontos da cesária) e me levaram para outra sala toda branca, aí eu fique em observação por meia hora, esse dia eu sempre falo... se alguém me escutar falando isso vai achar que eu sou uma monstra... esse dia foi o pior dia da minha vida. Eu nunca senti tanta solidão na vida, não estava sentindo nada da cintura pra baixo, sentindo aquele cheiro de sangue, que eu não sabia de onde vinha e vinha de mim eu estava toda ensanguentada, com uma coceira no nariz por causa da anestesia, meu nariz ficou todo esfolado, eu falava é normal essa coceira e a enfermeira respondeu é normal, é efeito da anestesia, eu fiquei lá mais de meia hora, pelo menos foi o que me disseram, pra mim pareceu umas três horas. Eu senti muita solidão (entrevista Lara, realizada em setembro de 2013).

O parto, nessa perspectiva biomédica, deve ser resolvido sob o domínio da técnica, daí o modelo tecnocrático descrito por Davis-Floyd (1994; 2001). Emblematicamente durante nossa pesquisa de campo e a convite da coordenadora do Grupo Maternati, pudemos

frequentar um seminário sobre humanização do parto<sup>70</sup> realizado no hospital Metropolitano de Sarandi (ao lado de Maringá) e organizado por dois médicos atuantes na instituição. Na pequena plateia havia estudantes, residentes, enfermeiras e *doulas*.

A exposição intitulada “o mecanismo do parto”, que abriu o seminário, tinha como objetivo, segundo o palestrante, apresentar os aspectos históricos da assistência hospitalar e as etapas do trabalho de parto. Na palestra, foi mencionada uma classificação de todas as intervenções técnicas utilizadas pelo médico quando há uma intercorrência no parto e, com isso, a necessidade de resolução de problemas na apresentação do bebê, em circular de cordão, sofrimento fetal, etc. Nesse primeiro momento observamos uma visão sobre o parto, sua propensão para a dificuldade e o perigo. Conseqüentemente, a figura do médico era central e essencial.

Remetendo-se a estudos históricos da anatomia feminina, o médico falou sobre os “tipos de pelve” e de uma potencial desproporção entre a cabeça do bebê e a pelve da mulher ou a chamada “desproporção céfalo-pélvica”. Ele elencou os quatro tipos de pelve que podem ser observadas entre os humanos e ressaltou que em apenas uma delas a ocorrência do parto era possível sem impedimentos mais graves. Das medições feitas em esqueletos com um instrumento chamado “pelvímetro” foram retirados quatro modelos de pelve a ginecóide, a andróide, a antropóide e a platipelóide. Destas, somente as mulheres que tivessem a pelve ginecóide poderiam ter os seus partos naturais ou vaginais.

No entanto, segundo advertiu a *doula* do Maternati, não é possível saber a medida da pelve feminina durante a gravidez e, segundo as evidências científicas, não é possível saber se há desproporção céfalo-pélvica até que transcorra grande parte do trabalho de parto. De acordo com a Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde somente 15% dos partos poderão necessitar de intervenções, dentre elas a cirurgia cesariana.

Embora o seminário fosse considerado sobre humanização do parto pelos envolvidos em sua organização, pudemos observar argumentos técnicos que apresentavam uma visão da mulher reduzida ao tamanho de sua pelve e, além disso, todas as anomalias que podem ocorrer em um trabalho de parto (inclusive a morte do bebê dentro do ventre e o enforcamento com o cordão umbilical). A ênfase, de fato era no risco e na doença. A pesquisa de Diniz (2005) apresenta dados que endossam essa visão da medicina:

---

<sup>70</sup> Evento sediado no hospital Metropolitano de Sarandi em parceria com a Uningá, realizado em 25 de outubro de 2014.

(...) A mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do "desfiladeiro transpelvino". Segundo DeLee, para a mãe o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forcado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea). Através da pelvimetria, "base da ciência obstétrica", a pélvis feminina é esquadrihada com base na física e na matemática, com o desenvolvimento dos pelvímetros, compassos, ângulos e cálculos. Nesse período disseminam-se os itens do armamentário cirúrgico-obstétrico, uma variedade de fórceps, craniótomos, basiótribos, embriótomos, sinfisiótomos, instrumentos hoje consideradas meras curiosidades arqueológicas e de que nos vexamos ao lembrá-las (Cunha, 1989). Para esses autores, o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno "fisiologicamente patogênico"; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria, portanto patológico (Rothman, 1993). A maternidade se inauguraria com a violência física e sexual da passagem da criança pelos genitais: uma espécie de estupro invertido (Diniz, 1997). Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto (Diniz, 2005, p.628).

Em outra ocasião, quando participávamos do curso de gestantes do Maternati, em um determinado encontro, o Grupo contou com a presença de um estudante de medicina obstétrica da Universidade Estadual de Maringá. Diante dos depoimentos das mulheres, que narravam o quanto foram alarmadas por seus médicos anteriores a marcar uma cesária "antes que algo pior pudesse acontecer" (Notas de campo), o estudante afirmou: "realmente, na faculdade nós temos que ler manuais com calhamaços de mais de quinhentas páginas sobre doenças relacionadas ao parto e pouco estudamos sobre como o parto pode ser natural e fisiológico" (Notas de trabalho de campo, outubro de 2013).

As afirmações acima confirmam, uma vez mais, a visão depreciativa com relação ao parto tantas vezes reiterada neste trabalho, exemplificando que, institucionalmente (nos hospitais, universidades), esse é ainda um modelo dominante, principalmente pela ênfase nos aspectos técnicos do parto.

O modelo humanizado, em contrapartida, reconhece a integração entre mente e corpo e, no caso da mulher grávida enfoca formas de cura que agem sobre os dois aspectos. Considera o fato de que não é possível tratar sintomas físicos sem levar em consideração seus componentes psicológicos e que, no caso do trabalho de parto, são fundamentais para seu bom andamento. "Só quando eu me senti totalmente relaxada o trabalho de parto ganhou ritmo e, de fato, aconteceu" (Taís, depoimento registrado durante a Roda de Conversa do Maternati em outubro de 2014).

A ênfase na comunicação entre o profissional e a paciente também são questões colocadas no projeto de parto humanizado. É valorizada uma posição de escuta que permita ao médico encontrar soluções de forma conjunta e com o consentimento da mulher envolvida.

Descrever o parto e, por consequência, o corpo feminino de maneira negativa é, no entanto, uma perspectiva adotada historicamente com finalidades que tendem a transcender o nascimento em si. Segundo Diniz (2001) essas práticas dizem muito a respeito das relações de poder existentes no campo da medicina. Os valores da sociedade são orientados pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro econômico e pelas instituições patriarcais. Na medicina, há pelo menos vinte anos, estudos demonstram que os procedimentos obstétricos têm pouco ou nenhum embasamento científico, entretanto eles continuam a ser utilizados. Isso ocorre porque o seu sentido não é apenas médico, mas cultural (Davis-Floyd, 2001).

A descrição das formas de produção da sexualidade e de como elas podem ser instrumentos de domínio em diferentes contextos da vida social foram temas largamente debatidos pelos estudos de gênero. Também para Foucault (2006), os discursos sociais foram estratégicos no ofício de controlar os corpos e acomodar a sexualidade em um modelo legítimo socialmente. Segundo o autor, a construção da sexualidade humana é parte de um jogo de relações de poder e de elaboração de perspectivas sobre “o outro”, delimitando condutas e estabelecendo papéis aceitáveis a partir de modelos sociais pré-definidos (2006, p.110).

Em seus estudos Foucault anuncia que, desde o século XVIII, diversas formas de organizações estratégicas criaram mecanismos analíticos específicos sobre as manifestações da sexualidade. Dos quatro conjuntos descritos por ele, temos na “histerização do corpo da mulher”, um importante discurso para a medicina, que tornou patológico diversos fenômenos naturais especificamente femininos.

Desde então, o campo das práticas médicas consolidou a visão de que os fenômenos que ocorriam no corpo feminino eram potencialmente arriscados, principalmente por ele estar saturado de sexualidade (Foucault, 2006, p.115). Dessa perspectiva, o corpo foi integrado ao saber médico e transposto a outras esferas da sociedade, radicalmente atrelado a papéis culturais bem definidos, como por exemplo, a função das mulheres no ambiente familiar, a responsabilidade biológico-moral com a educação dos filhos, a regulação social de sua fecundidade, entre outros.

O quadro tipológico oriundo desse pensamento revelou uma dicotomia com sentidos claramente hierarquizados: de um lado havia as mulheres saudáveis, boas, calmas e domesticadas ao papel da mãe ou nos dizeres da historiadora Del Priori (2009), as “santas mãezinhas” e, em oposição, estariam àquelas mulheres histéricas, nervosas, profanadas e descontroladas que a medicina deveria “cuidar”. À parte a simplificação dessa tipologia, sua

difusão impregnou as representações do feminino na história e de modo peculiar a medicina, que tinha na investigação fisiológica e sexual das mulheres um objetivo (Foucault, 2006, p.127).

O fato de desacreditarmos hoje da existência de uma suposta “natureza feminina” não invalida suas colocações, afinal as diferenças de gênero, construídas social e culturalmente, marcaram profundamente a formação de nossa identidade ao longo do tempo, assim como a definição dos espaços sociais femininos e masculinos (Rago, 2001, p.62).

No que tange especificamente ao parto, “os dispositivos da sexualidade” foram acionados para a retirada do “sexo” desse fenômeno. A atenção para o aspecto sagrado do nascimento implicou a tentativa bastante expressiva de anulação do caráter sexual do parto. O parto como o resultado da relação sexual teria que ser abafado e, o corpo da mulher, como representante desse “pecado” deveria estar vestido, observado e regulado para que a natureza incerta de seus fenômenos não fosse imperativa.

Segundo Rago (2001, p.63), os saberes médicos, principalmente por sua legitimidade social e propostas de solução para questões de saúde e doença, influenciaram significativamente na constituição de um imaginário acerca da sexualidade e corpos femininos, informando práticas misóginas e autoritárias que justificavam objetivamente à exclusão das mulheres da vida pública, da tomada de decisões e da autonomia. O campo da medicina subsidiou com elementos teóricos e científicos à estigmatização de grupos que se colocavam na contracorrente desse processo de fragilização do feminino.

A punição das feiticeiras pela Inquisição desde a Idade Média, a expropriação do saber das parteiras, desde o século XIX pela medicina masculina, o alarde em torno da figura da “mulher fatal” destruidora da civilização no século XIX, como Salomé, ou na representação de Marlene Dietrich, no filme *O anjo azul*, de 1930, concomitante à valorização da “rainha do lar”, a perseguição policial das prostitutas e não dos clientes são temas já bem explorados (Rago, 2001, p.61).

Refletindo esses paradigmas teóricos, os depoimentos recolhidos a partir do Grupo Maternati anunciam que a relação das mulheres com os médicos, atuais ou àqueles consultados nas primeiras consultas do pré-natal, era bastante desigual. A queixa mais frequente das participantes do Grupo era a ausência de diálogo e uma forte displicência do profissional quanto a detalhes importantes da gestação e do parto.

O médico que me atendeu no início da gestação não sabia conversar. Agia no automático fazendo cálculos, contando semanas; ele mal olhou no meu rosto. Quando eu perguntei sobre o



parto ele me disse que não era assunto para aquele momento (entrevista Carol, realizada em 20/03/14).

O interesse das mulheres sobre esses detalhamentos geralmente era recebido pelo médico com falas evasivas e imprecisas como, por exemplo: “Não se preocupe com o parto, eu cuido dele, eu estudei muitos anos pra isso”; “O parto é da minha alçada, eu tomo as decisões que julgo necessárias”; “Se não estiver feliz com o meu atendimento procure outro médico” (Notas de trabalho de campo Junho/Nov. de 2013).

Minha irmã já tinha passado por uma cesária desnecessária, então eu estava atenta ao médico que ia me atender. Na primeira consulta eu achei ela meio seca, mas já fui falando: doutora, eu quero parto normal porque eu acho a melhor escolha, porque eu quero e ela falou tá bom, vamos conversar depois... Em outra consulta, eu encontrei uma revista “Cegonha” que tinha uma matéria sobre a roda de conversa que ainda se chamava Gesta. Eu anotei o telefone porque eu já tinha lido sobre o trabalho das *doulas* e achei interessante, eu pensava, ah eu vou querer ter uma *doula*, eu quero me informar. Então o pessoal do Maternati me respondeu com as datas dos encontros e eu comecei a frequentar. No primeiro encontro, chamado trabalho de parto, eu fiquei encantada (eu estava de 13 semanas). Comecei a ouvir os relatos das mulheres, algumas que tinham ido pra cesária e comecei a ficar preocupada... Reparei no nome dos médicos que elas citavam e descobri que a minha médica tinha uma grande possibilidade de ser cesarista e que eu não ia conseguir ter um parto normal com ela. Depois eu descobri que ela tem medo de parto normal (Entrevista Elis, realizada em 12/09/2013).

A indisposição médica ao diálogo, incitado pelas dúvidas ou exigências maternas quanto às especificidades de seus corpos e partos, pode ser interpretado como um ato de superioridade, de medo (como a interlocutora anunciou), de conhecimento não compartilhado ou até mesmo uma fragilidade dos conhecimentos médicos.

Se não houver questionamento, o conhecimento pode ser uma forma exercício de poder – “o conhecimento especializado autoriza seu detentor a ser o único habilitado falar em seu nome” (Giddens, 2002, p.132). Diante da resistência da mulher, tal omissão, de nosso ponto de vista, pode caracterizar-se como uma relação de poder declarada e afirmada nas consultas.

Quando eu cheguei para a consulta do pré-natal falando os termos técnicos e questionando os procedimentos de rotina, como a episiotomia, a litotomia, o uso da ocitocina, ele (o médico) começou a me respeitar mais, porque antes ele mal me olhava. Mas aí, eu já ia trocar de médico mesmo, eu fui lá só para saber o que ele ia responder, porque eu já tinha fontes seguras (a própria secretária dele) de que ele não fazia parto normal há muito tempo e que ele ia me enrolar até o final da gestação para depois fazer a cesária de acordo com a sua conveniência (Maíra, Grupo de gestantes do Maternati, outubro, 2013).

Para Foucault (2006) o poder está presente em todas as esferas da sociedade, em maior ou menor grau, mais explícita ou mais discretamente, todos os tipos de situações sociais refletem relações de poder. Essa perspectiva multidimensional apresenta-nos as múltiplas faces dos processos de poder que, por estar presente em todos os tipos de relações sociais, manifesta-se em diferentes contextos, de maneira cordial ou conflituosa.

Nesta vereda e no que tange o poder sobre a vida, Foucault (2006) discorre sobre o desenvolvimento histórico de duas formas interligadas e complementares de controle sobre os corpos. A primeira propaga a visão dos corpos como máquinas e um necessário adestramento para ampliar suas aptidões, desempenhos e facilitar a adequação desse corpo aos “sistemas de controle eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas anátomo-política do corpo humano” (Foucault, 2006, p.151).

A segunda técnica de poder e de controle sobre os corpos, fixou-se a partir da ideia de um corpo-espécie penetrado pela natureza e consolidado por processos biológicos. Os nascimentos, principais perpetuadores da espécie humana, foram, desde então, assumidos pela medicina moderna “mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores, a saber, uma bio-política da população” (Foucault, 2006).

Esse bio-poder, sem a menos dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto da sua usabilidade e sua docilidade (Foucault, 2006, p.153).

A leitura acima enfatizou uma abordagem macrossocial e econômica da apropriação dos corpos, apresentando-nos como se deu historicamente o controle e a disciplinarização deles em geral. A gestão do corpo, sob o viés econômico, fez-se necessária ao processo produtivo iniciado desde o século XIX e continuou manifestando-se em diversos âmbitos de nossa sociedade tais como as escolas, as fábricas, os hospitais, os presídios, entre outros.

No entanto, em outros momentos de seu trabalho Foucault insere de maneira mais expressiva a dimensão dos sujeitos nessas relações desiguais, aprofundando o significado do termo poder em seus escritos. Se em alguns momentos o autor salienta uma perspectiva nietzschiana do conceito de poder, empregando-o estritamente como uma correlação de forças, em outras referências ele nos fala do poder como “governo de si”. Orienta, assim, a pensar estratégias de ação libertadoras e pautadas por uma leitura ética que motiva a criação

de novos estilos de vida “mais livres das objetivações impostas pelas tecnologias de dominação resultantes de certos efeitos de poder” (Gomes; Almeida; Vaz, 2009, p.314).

Nesse sentido, o estudo das técnicas de poder demonstram que suas manifestações não atuam apenas no sentido de centralização e dominação, mas também de individualização e subjetivação. Nesses casos, “o sujeito já não se constitui de forma heterônoma, como objeto de um aparelho de poder/saber, mas obtém certa autonomia, de modo que possa ser pensando para além desse dispositivo” (Rabinow & Rose, 2006 *apud* Gomes; Almeida; Vaz, 2009, p.308).

É com essa abertura epistemológica apontada por Foucault que também a escolha pelo parto humanizado pode ser pensada. O investimento sobre a vida por meio do controle do tempo e das “forças da natureza” foram os meios encontrados pela modernização para garantir o desenvolvimento do capitalismo e a ampliação de suas instituições, a exemplo da hospitalização dos partos (controle sobre a vida).

Por outro lado, inúmeras foram às formas encontradas pelos sujeitos para resistir a esses processos massificadores que Giddens (2002, p. 182) conceituou como o dilema entre “a experiência personalizada versus a experiência mercantilizada”:

Para a biomedicina, o parto se restringe à dimensão biológica e, dentro desta, à visão anátomo-patológica que se impôs ao longo dos últimos séculos, particularmente no Ocidente, tornando-se, hoje, sinônimo de modernidade. Não podemos, porém, classificar facilmente parto e nascimento como doenças; antes, são fenômenos ligados à vida, ao corpo e à saúde que, em algumas situações, desdobram-se em adoecimento. O movimento pela humanização, ao postular que parto não é doença, mas um fenômeno da vida humana vai ao encontro da perspectiva da antropologia da saúde, que amplia o campo da antropologia médica ou de doença, ao pensar em termos de processo saúde-doença, que estão interligados (Tornquist, 2004, p. 65-66).

A questão colocada é, pois, a da vontade individual, realizada a partir da reapropriação dos esquemas apresentados socialmente como certos. Questionar *a priori* esses padrões de conduta, desobedecendo-os e exigindo boas razões para que eles sejam incorporados, coloca a escolha individual em um primeiro plano.

Essas escolhas, que não podem ser “dadas” ou impostas, ligam-se à construção das identidades e estilos de vida, orientando não somente as decisões sobre o que fazer, mas também sobre quem ser. Não aceitar como verdade absoluta o que os sistemas especializados da medicina apresentam como “naturais” pode ser parte desse processo reflexivo.

Em oposição à medicina tradicional ou biomédica, o movimento de humanização do parto utiliza-se da Medicina Baseada em Evidências para promover seus discursos. Essa

vertente construiu um repertório diferenciado sobre a prática médica, considerando o grau de efetividade de cada intervenção. Juntos, propõem pensar o parto como uma experiência individual, dotada de uma especial importância para o relacionamento conjugal, familiar e social. Essas representações retomam os precursos estudos antropológicos sobre o parto, que o viam como um fenômeno biopsicosocial dotado de especificidades culturais (Kitzinger, 1978; Jordan, 1987).

Além disso, o recente entendimento de que a assistência ao parto pode ser pautada por direitos sexuais e reprodutivos fortalece a discussão da Medicina Baseada em Evidência colocando-a em uma dimensão política. Os direitos sexuais e reprodutivos fazer parte de uma terceira geração dos direitos humanos, versão subsequente às reivindicações ligadas à liberdade e à igualdade. Pautada por valores de solidariedade, essa geração assinala a importância de legitimar as diferentes expressões da sexualidade e de suas decorrentes identidades. Seu debate defende uma intrínseca relação entre sexualidade e reprodução, enfatizando a “autonomia individual de decisão sobre o uso do próprio corpo” (Villela; Arilha, 2003, p. 136).

A identificação do projeto de parto humanizado com os valores da Medicina Baseada em Evidências, na prática, manifesta-se como um discurso crítico com relação ao modelo biomédico, visto como essencialmente técnico e medicalizado.

Curiosamente, nas entrevistas realizadas com as integrantes do Grupo Maternati, a importância atribuída às evidências científicas foi combinada com a presença de um instinto que, nas falas das mulheres, pareceu ser sinônimo de intuição. Esse sentimento, considerado mais sábio que o intelecto, perpassou os depoimentos como um contraponto da experiência individual, ou seja, como uma ponderação diante das peculiaridades de cada momento relacionado ao parto. Com base nos conhecimentos disponíveis, são selecionados os saberes que mais identificam as expectativas e valores das envolvidas com o projeto de parto humanizado.

Eu acho que devemos combinar duas coisas, o instinto e as evidências científicas. Nós temos que integrar a ação instintiva às evidências, igual eu fiz no meu trabalho de parto: por mais que a dor fosse grande, que eu soubesse que não era normal tanta dor, eu sabia que nós estávamos bem. Teve uma hora que eu falei pra parteira: pode parar de medir os batimentos, a pressão, eu sei que nós (eu e o bebê) estamos bem! Isso é um instinto de se reconhecer, a gente sabe quando não está bem, nós temos os sinais do corpo. E é essa percepção que nós estamos perdendo por não nos observarmos e só nos atermos ao olhar externo. Ao nos observarmos nós temos que nos valer do conhecimento científico pra entender o que são esses sinais, essa é uma grande sacada que a gente tem que fazer hoje, aliar os dois saberes (Lorena, integrante do Grupo Maternati, entrevista de setembro de 2013).

Eu acredito no instinto feminino. Mesmo quando os estudos científicos apontam um caminho eu ainda faço a minha reflexão. Porque nem a ciência é plenamente infalível, ela também comete equívocos, né? Por isso temos as evidências científicas, a revisão das práticas médicas. Então o instinto feminino ou materno é importante para essa ponderação (Elis, entrevista de setembro de 2013).

Nesses trechos, se trocarmos a palavra instinto pelo termo intuição os sentidos das frases permanecem intactos. Há uma necessidade de se evidenciar o processo reflexivo em que se deu a escolha, como se, de todos os saberes disponíveis se buscasse aqueles considerados os mais apropriados para cada indivíduo.

O instinto (intuição), nessas falas, surge como um aspecto que singulariza e individualiza os acontecimentos ligados ao parto. Uma narrativa engajada que intenciona resistir às “forças massificadoras” que tornariam todos os partos iguais. Dessa maneira o instinto se nutre também de um discurso científico, porém individualiza-o, aproximando-se do “processo de personalização” (Giddens, 2002, p. 185).

Nesse sentido dar relevância a figura da mulher, a sua saúde e as suas escolhas, está na gama de significados que contém a busca pelo parto humanizado. Na relação com os médicos, pudemos perceber uma disputa de forças através da apropriação de conhecimentos. Geralmente, ao serem desafiados a agir diferente de sua conduta habitual, os médicos utilizaram o argumento do “risco em potencial” para amedrontar as mulheres e responsabilizá-las por possíveis problemas no parto (Notas de campo).

No Grupo Maternati, somente em casos isolados as participantes tentaram convencer os médicos do início do pré-natal a agirem pautados pelo modelo humanizado (ou porque eram médicos de família ou porque gostavam do atendimento até então). Àquelas que assim o fizeram, relataram nos encontros que obtiveram certa indiferença desses profissionais e uma contundente recusa à modificação de seus métodos de trabalho: “eu faço parto a vinte anos desse mesmo jeito, tudo sempre deu certo então eu vou continuar fazendo a episiotomia em todos os meus partos” (Notas de trabalho de campo).

Tomando como exemplo a experiência ruim das mulheres que confrontaram seus médicos, outras participantes do Grupo preferiam não realizar tal embate.

A gravidez foi mansa, cheia de expectativas, cuidados e muita busca por informação. Troquei rapidamente de obstetra (com 19 semanas), orientada por um grupo de mães que de fato tornou tudo mais tranquilo e fácil quanto ao pré-natal e ao parto domiciliar que desejávamos. O Maternati foi peça chave no sucesso do nascimento da nossa bebê. Gratidão por toda vida (Trecho de relato de parto publicado no site do Maternati).

Elas pediam logo a indicação de outro médico às *doulas* do Maternati e seguiam todo pré-natal preocupadas apenas com sua própria preparação. Geralmente essas mulheres optavam pelo parto domiciliar planejado e caso esse não fosse possível tinham um médico particular pelo plano de saúde para continuar o atendimento dentro do hospital.

Já àquelas que não possuíam o plano de saúde, e por isso não poderiam escolher o médico que iria atendê-las (no SUS é sempre o plantonista do dia quem realiza os partos), assumiam uma postura mais combativa, escrevendo plano de parto, indo visitar o hospital para conversar com a equipe e negociar mudanças nos protocolos.

Embora a posição desse segundo grupo de mulheres gerasse mais conflitos e transtornos, tanto para elas como para a instituição hospitalar, ainda assim, suas reivindicações na maioria dos casos não eram alcançadas, visto que a última decisão (mesmo sem justificativas concretas) era sempre do médico.

No momento específico do parto, os relatos anunciam uma grande dificuldade para as mulheres manterem suas convicções iniciais sobre cada etapa do trabalho de parto, anteriormente descritas em seus planos de parto. A maioria das que pariram pelo SUS declararam muito medo e insegurança quanto à postura “incerta” do médico plantonista e salientaram que qualquer conquista obtida, como por exemplo, a presença do acompanhante ou a possibilidade de caminhar e alimentar-se durante o trabalho de parto, era vista como positiva, embora muito aquém das reais expectativas.

Muitas delas, amparadas pela presença da *doula*, disseram compreender melhor os procedimentos realizados em seus corpos e, embora não consigam evitá-los completamente, afirmam pelo menos estar mais consciente de cada intervenção. Outras mulheres, demonstram grande frustração por não conseguir o parto humanizado como o planejado (ou porque precisaram da cesárea ou porque foram submetidas a muitos procedimentos) e muitas continuaram a participar do Grupo Maternati como uma forma de fortalecimento e compreensão melhor dos fatos.

Dessa forma, pudemos presenciar durante os encontros, diversas expressões de sentimentos de impotência, pois as participantes sabiam que o parto poderia ser realizado de forma diferente: o ambiente poderia ser mais conhecido e acolhedor; o atendimento poderia ser realizado por obstetrias ou enfermeiras obstétricas – o que caracterizaria o parto mais como uma experiência do que como doença, as decisões poderiam ser tomadas em conjunto e não de forma unilateral, enfim, a liberdade de escolha das mulheres poderia ser parte do processo.

Afinal o parto sem intervenções é um ideal dentro do Grupo Maternati, mas saber tudo sobre o modelo humanizado não garante sua real efetivação. Segundo Giddens “as opções de estilo de vida tornadas disponíveis pela modernidade oferecem muitas oportunidades de apropriação, mas também geram sensações de impotência” (2002, p. 186) justamente porque saber que existem possibilidades de mudança não geram transformações de fato.

Ainda que os conhecimentos estejam mais acessíveis na atualidade, obtê-los não garante intrinsecamente o exercício da autonomia e da escolha, embora seja parte importante do processo.

O que podemos afirmar é que o modelo da medicina tradicional é um alvo de críticas importante para a elaboração de novas identificações dentro do movimento de humanização do parto.

Para o Grupo Maternati um parto saudável está vinculado à Medicina Baseada em Evidências que, por sua vez, distingue-se em grande medida dos conhecimentos que deram origem aos primeiros saberes médicos, persistentes até hoje. Não obstante, o diálogo com o campo da medicina não é o único discurso proferido pelo Grupo Maternati. Também há outros argumentos que, em conjunto, produzirão as identificações do Grupo com o parto humanizado, entre eles, está um “ideal de natureza que, perpassado por conteúdos de cultura, poderá adentrar as justificativas e escolhas pelo parto humanizado.

### **Os elementos culturais no discurso sobre o natural: vivências das participantes do Grupo Maternati**

Dentre as reflexões que o Grupo Maternati propõe durante os encontros há uma especial atenção para os sentimentos individuais, a intuição, as emoções e a preparação psicológica da mulher durante o processo de escolha do parto. O conhecimento do corpo não só anatômica, mas instintivamente, também são observados como importantes na percepção do Grupo, que considera o parto natural domiciliar (planejado) uma escolha apropriada mais para as mulheres consideradas “integradas” (Notas de campo, out. 2013), ou seja, àquelas que possuem um autoconhecimento corporal, ou que já tem um estilo de vida que valoriza formas “naturais” de educar, alimentar, consumir, etc.

Tem aquelas que buscam só o parto, outras querem o pacote completo de uma maternidade mais consciente, dá pra categorizar esses dois grupos. Tem umas que se preocupam com questões como a chupeta, o colo, a voltar ao trabalho, a escola dos filhos, dar ou não açúcar pra criança, como ter uma vida mais natural e outras mulheres que chegaram ao grupo

querendo só o parto normal e depois é que foram trocando experiências e foram tendo outras preocupações (Entrevista Livia, *doula* do Maternati, realizada em Agosto de 2013).

Além disso, temos no Grupo (segundo indicaram as entrevistas) a visão de que o parto é um processo natural, fisiológico e o resultado da manifestação da natureza no corpo. Esperar essa natureza é, nesse caso, respeitar o sinal do bebê que “anuncia” com movimentos que está pronto para o nascimento e que está trabalhando para isso, esticando-se, contraindo-se e, literalmente, estimulando colo do útero para sair da barriga.

Essa compreensão vincula-se a um reconhecimento da individualidade de cada criança, pois cada uma delas tem o seu tempo para nascer (o protocolo médico diz que o bebê a termo é o de 38 semanas e que o máximo que o bebê pode ficar na barriga são 42 semanas). Respeitar esse tempo é, no discurso do parto humanizado, respeitar também a “natureza” desse fenômeno.

No entanto, para muitas mulheres a gravidez é uma escolha e não um dado natural ou biológico. Considerando o recorte de classe das participantes do Maternati, pudemos verificar que esse direito contempla as mulheres do Grupo. Percebemos, que quando a gravidez não ocorreu de forma totalmente planejada foi porque a intenção de engravidar já existia e, portanto, a gravidez foi facilitada. A maternidade como escolha coloca essas mulheres em um grupo onde os aspectos culturais influenciam a tomada de decisões sobre temas considerados antes dados pela natureza:

Nesse processo de desaparecimento da natureza, campos emergentes de tomadas de decisões afetam não só o processo direto de reprodução, mas a constituição física do corpo e as manifestações da sexualidade. Tais campos de ação assim rebatem sobre as questões de gênero e de identidade de gênero, bem como sobre outros processos de formação de identidade (Giddens, 2002, p.202).

Segundo os discursos dessas mulheres, após a concepção (realizada por escolha) todos os processos seguintes são aceitos como involuntários; passam a ser retratados pelas mulheres do Grupo como pertencentes ao âmbito da natureza<sup>71</sup> e a uma sabedoria intrínseca de seus processos.

A valorização dessa natureza e da fisiologia do corpo recebem destaque nas conversas do Grupo Maternati e, nesse sentido, a assistência médica ao parto é um importante

---

<sup>71</sup> Não deixemos de conceber, aqui e em outras partes desse trabalho, a categoria de natureza a partir de um viés cultural. Isso porque a ideia de natureza varia de época a época, de contexto a contexto e de acordo com a perspectiva do sujeito que a pensa. É, portanto, um conceito abrangente que pode ser valorado com significados diferentes, de acordo com a situação em que se aplica. Nesse caso, é uma categoria nativa utilizada para estabelecer uma clara oposição entre o parto natural e a cesária.



representante cultural capaz de impedir que tudo se desenvolva de acordo com a premissa natural (que podemos pensar ser forjada justamente para opor-se à assistência tradicional). Trata-se de dois paradigmas ambivalentes e não necessariamente opostos que disputam espaço nas falas e nos valores das mulheres em questão: o paradigma médico e o paradigma do “natural”. No que diz respeito à escolha pelo parto humanizado, ambos os modelos coexistem e são respaldados por elementos culturais e/ou científicos.

Nesse sentido, os discursos culturais sobre o parto humanizado não surgem representados pela oposição básica entre natureza e cultura, na qual, a cultura libertaria as pessoas da natureza em seu sentido tradicional, ou seja, como forças desgovernadas e necessitadas de uma ordem cultural imposta. Ao contrário, parece que a cultura da assistência ao parto, tal como foi construída, além de não libertar as mulheres da própria natureza, acaba por determinar outras formas de apropriação autoritária de seus corpos.

Ou seja, o Grupo Maternati possui um discurso do natural que, ao ser produzido culturalmente, almeja problematizar a assistência atual aos nascimentos em dois sentidos diferentes: primeiro através da ruptura com a visão do parto que consideram determinantes na atualidade e que dá supremacia ao medo, como o parto violento, tecnocrático e a cesariana eletiva. Segundo, no sentido de tornar o parto humanizado uma experiência repleta de significados que valorizam o corpo, o prazer e o ser mulher.

Então, no universo de nossa análise, o parto humanizado representa uma série de interesses como, por exemplo, a expressão de uma vontade, o questionamento das representações e dos valores sociais atribuídos ao parto, um desejo de singularidade, de distinção e de individualidade. Pode significar também, para algumas das mulheres, a legitimação de posicionamentos sociais anteriores a gestação.

Ao contrário das entrevistas realizadas, que guardavam características mais objetivas e, em certa medida, uma racionalidade imposta pelas indagações propostas, os relatos de parto geralmente eram textos mais livres, cheios de simbolismo, metáforas, e, com isso, manifestavam mais fortemente as associações entre o parto e as “forças da natureza”.

Os relatos também nos remetiam a uma recusa do tempo linear e cronológico, porque, segundo elas, não era possível descrever um relato considerando a ordem exata dos acontecimentos, inalcançáveis por uma memória repleta de sentimentos novos. Esses textos, de fonte primária, privilegiam a ideia de um tempo não cronológico, não sistematizado e às vezes, vinculado à afetividade, ao relacionamento com os acompanhantes presentes no parto, ao clima sensorial e ao lugar.

O valor de um parto em semelhança com a natureza e com os animais (a identificação com mamíferos como a leoa era comum), a crença em um “instinto”, intuição e em outros sentimentos importantes para o “bom parto” apareceram nos relatos com riqueza de detalhes e grande apelo à emoção de quem os lê.

Durante os encontros do Grupo Maternati, presenciamos reuniões específicas para a leitura e o improviso de relatos de parto. Com isso, pudemos ter a dimensão da importância dessas experiências para as mulheres envolvidas, bem como o valor do compartilhamento desses momentos para construção de um sentimento de poder em relação à ação feminina no parto ou de um empoderamento inspirado na “natureza”.

Nesses textos, a presença da “natureza” ganhava destaque e a conjugação dos elementos naturais com os fluxos dos trabalhos de parto resultava em valores como “a certeza de que tudo daria certo”, a “grandiosidade do parto”, a “conquista de objetivos”, “o valor dos medos superados” e, por fim, o sentimento de “satisfação e poder” logo após o nascimento. Um exemplo são as palavras de Antônia em seu relato de parto:

Sempre adorei as tempestades, com sua beleza e magnitude. Ficava fascinada quando o tempo começava a mudar, aquele vento refrescante que anunciava a chuva que se aproximava, perfumado pelo cheiro da terra molhada. As nuvens espessas, de uma cor azul que nunca encontrei em nenhum lápis de cor, contrastando com o verde das plantas que pareciam se inclinar para reverenciar a chegada da tão abençoada chuva que traz a vida e renova. Eu passava horas assistindo aquilo. Mas eu também tinha medo. Medo dos relâmpagos que riscavam o céu. Medo dos trovões que estrondavam por quilômetros de distância. Não sei se a palavra certa é medo. É um respeito por saber que a natureza é assim, soberana, e que o homem não conseguiu nem conseguirá impor limites a ela. (Antonia, integrante do Maternati - introdução do relato de parto)... E assim, veio ao mundo (nome do filho), o nosso Deus do Trovão. Veio como uma tempestade, imponente e magnífico. Assim como os raios e trovões, me causaram medo em alguns momentos. Mas assim como a chuva, trouxe a vida e a renovação. E nos provou, mais uma vez, que a natureza é perfeita e soberana. Tudo não poderia ter sido mais perfeito. Faria tudo de novo, da mesma forma se fosse preciso. (Antonia, integrante do Maternati – encerramento do relato de parto).

A palavra “instinto” também foi bastante utilizada durante as entrevistas e, embora, viesse acompanhada de conhecimentos científicos (MBE) com a intenção de legitimar o seu significado, recebeu também um sentido especial que buscava afastar-se de uma racionalidade ligada ao parto. Muitas vezes, o “instinto” foi visto como mais importante do que o conhecimento científico, como se essa outra forma de compreensão do corpo mostrasse um caminho que, combinado às evidências científicas, garantiria boas experiências.

Segundo Salém (2007) despontam, assim, as duas oposições chaves do discurso em favor do parto natural: a natureza (natural) e a civilização (cultura); o instinto feminino versus o saber médico.

Segundo a autora “não ocorrendo complicações – e os profissionais garantem que elas não ocorrem na maioria dos casos –o valor positivo recai nos primeiros polos desses pares” (p.128). Sobre esse ponto, acrescentamos que os elementos naturais e culturais apresentados por esses grupos não constituem oposições dicotômicas, mas são identificações fluidas e utilizadas segundo as intenções e os interesses de seus interlocutores. Portanto, podem ser vistos segundo as premissas contextuais, relacionais e situacionais presentes no processo de construção das identidades e não como um posicionamento fixo e definitivo.

De fato, remeter a um passado longínquo, “onde mulheres cuidavam de mulheres”, pode significar uma intenção de valorizar as parteiras leigas de antigamente e resgatar um saber especialmente feminino que conhece as potencialidades de seus corpos. Destacar, como faz o Grupo Maternati, a importância de saber “ler” os sinais do corpo, de sentir o que se passa com ele a cada momento do trabalho de parto para, com isso, saber se entregar a cada situação, seja ela de dor, seja ela de prazer (embora, às vezes, esses sentimentos apareçam misturados) é, segundo esse discurso, dar direções mais conscientes ao parto humanizado. Os relatos:

Eu acredito mais no instinto feminino do que nas evidências científicas somente. Acho que alguma coisa se perdeu, em algum lugar do tempo eu não sei dizer onde nem como, não tenho esse conhecimento, mas sei que alguma coisa foi perdida... foi acontecendo ao longo do tempo; hoje, nós temos mulheres inseguras, mulheres medrosas em relação aos próprios instintos, ignorantes em relação ao próprio corpo, quanto ao próprio prazer, a dor, a tudo. Eu acho que a gente tem a tendência de pensar que as mulheres de antigamente eram usadas pelos maridos, se submetiam a eles, mas eu acho que até hoje isso acontece por falta desse conhecimento de si. Quando a gente conversa sobre parto, por exemplo, fica muito claro que algumas mulheres não confiam no próprio corpo, elas preferem colocar o parto na mão de outra pessoa porque a escolha pela cesária em detrimento do parto normal é você colocar um evento importante na mão de uma terceira pessoa, de outro. E dizer: – “ai eu quero uma cesariana porque é indolor, porque eu não quero sofrer” – não tem cabimento isso porque é sofrido do mesmo jeito, às vezes mais às vezes menos, é difícil né, a gente escuta: – “ah, mas eu tenho medo de acontecer alguma coisa errada” – ué, coisa errada pode acontecer nos dois casos, mas o que acontece: se acontecer alguma coisa durante um parto normal a mulher vai achar que a culpa é dela e na cesariana ou a culpa foi do médico ou foi uma fatalidade, então é uma transferência de responsabilidade (Estela, entrevista de 25/10/13).

A questão é de instinto mesmo né, não necessariamente ligado ao feminino, você vê ele nos homens também, quando eu penso em resgate do feminino, eu penso em gaia mesmo, é a questão de estarmos ligadas a nós mesmas, aos nossos processos e isso é algo que gradualmente nós perdemos. Todos nós na contemporaneidade nos afastamos de tudo que é processo natural, tudo tem que ser rápido, de resolução rápida, o resgate é reaver algo que é

nosso sem precisar das mediações tecnológicas, tem mais a ver com a tecnologia e não só com a mulher ou com o homem. É essa falta de contato geral, com a natureza, por isso que tanto o homem quanto a mulher devem ser empoderados. As pessoas em geral estão muito fragilizadas e o desenvolvimento da tecnologia veio no sentido de salvar as pessoas de situações complicadas e de diminuir o ritmo do trabalho, mas na verdade o que aconteceu foi o contrário, tornou o trabalho ainda mais árduo do ponto de vista do tempo, o trabalho está com a gente o tempo todo e nas questões de saúde, a tecnologia que era para salvar as pessoas, de certa forma coloca as pessoas em risco como é no caso do nascimento com a cesária, por exemplo. Um procedimento de risco que é dado como opção e o que verificamos são os altos índices de bebês prematuros, com problemas bronco-respiratórios etc. (Lorena, entrevista de 27/09/2013).

Se eu tiver que falar o que é preciso para realizar um bom parto, não sei se é o instinto feminino, mas é uma entrega; é resgatar esse lado ecológico, eu tenho uma amiga que fala: “ah, mais até uma galinha sozinha bota um ovo (risos)”, talvez por isso seja mais fácil né (risos). Às vezes é o excesso de cultura que atrapalha a mulher, a história de vida dela, com certeza eu acho que essa parte mamífera é a mais importante. Mas, como a gente está no Brasil, a gente depende da informação, do conhecimento e das evidências científicas (Lívia, entrevista de 22/08/2013).

Eu não acredito em instinto feminino, eu acredito em instinto. Instinto de mãe, de pai, de vó, instinto que vem com a experiência. Tem mulheres que são mães e que não tem instinto, que não aceitam o seu instinto, que não praticam o instinto ou que não sabem que aquilo é um instinto, que deixam se levar mesmo por evidências científicas, mas as evidências são ao mesmo tempo, pra nós, uma desculpa para poder confiar no nosso instinto. O meu filho nasceu de forma natural, quando a sociedade inteira fala pra não fazer, as evidências científicas me dão a desculpa para eu poder seguir o meu instinto, porque pelas provas que temos hoje em dia, nós podemos usá-las para apoiar aquilo que queremos realmente (Ísis, entrevista de 28/08/2013).

Nas falas acima, o “instinto” é valorizado como um aspecto da “natureza” mas está ligado à confiança e a um saber tradicional das mulheres, que, segundo os valores do Grupo Maternati, “sempre souberam como trazer seus filhos ao mundo”. Nesses depoimentos o valor positivo está no “instinto” até mais do que nos conhecimentos científicos.

Porém, em outros momentos, relacionado à confiança no “instinto” é destacado igualmente um conhecimento cultural que, alinhado a percepção pessoal e intuitiva, torna-se um importante instrumento de diálogo entre as mulheres do Grupo, além de um propositivo de mecanismos efetivos para a realização do parto humanizado.

Nesse sentido, mesmo havendo um antagonismo discursivo entre os termos natureza e cultura (e a narrativa das mulheres do Maternati deixa transparecer uma preferência pela natureza), a partir de uma leitura crítica dos relatos e das entrevistas podemos observar que o que elas chamam de natureza também traz, em si, conteúdos de cultura.

Por exemplo, conhecer a fisiologia do corpo, do prazer, forjar um desdobramento do feminino na relação natureza/cultura a partir do parto, afirmar a existência de uma

maternidade mais consciente, os significados dados ao parto humanizado, tudo isso, são também atributos da cultura (instinto, gaia, ecológico).

Desde a formação da Rehuna, primeira rede de mulheres e profissionais que sistematizaram os temas da humanização do parto, vertentes ecológicas (inclusive ligadas ao feminismo) tiveram um papel fundamental na constituição das identificações e dos valores desses grupos.

Os preceitos do movimento ecológico, herdado dos movimentos contraculturais, hippies ou alternativos, estiveram desde a origem perpassando as reivindicações ligadas ao parto. “Vale lembrar que a ideia de vida alternativa não está separada da noção de vanguarda e, como tal, passa a ser um signo de distinção entre as camadas médias intelectualizadas” (Tornquist, 2004, p.187).

O movimento ecológico representava duas “expressões da natureza”: a natureza humana e o meio ambiente. A especificidade da natureza humana seria a racionalidade (associada culturalmente ao temperamento masculino), considerada também uma forma de poder. Já o meio ambiente seria caracterizado por um temperamento mais emocional (feminino), que socialmente configurava-se como um anti-poder. O que esses movimentos libertários buscavam, na década de 1970 e 1980, era a valorização de outras identidades sociais que não somente a masculina e, nesse contexto, a valorização da natureza era mediada pela identidade dos grupos feministas (Novaes *apud* Tornquist, 2004, p. 186).

A valorização da natureza passa a ter fortes atributos da cultura e na esteira dos movimentos ecológicos e feministas, começa a se consolidar também o movimento de humanização do parto. Tais valores, que positivizam as forças da natureza, podem ser vistos também nas identificações do Grupo Maternati.

Influenciadas pelo movimento em âmbito nacional, hoje facilmente acessível pelas redes sociais, as mulheres do Grupo também fazem referências ao “poder da natureza”, mas geralmente o fazem quando o outro em diálogo são também mulheres identificadas com o parto humanizado. De outro modo, optam pelo discurso da Medicina Baseada em Evidências, talvez pela sua legitimidade e maior influência nas relações sociais. Observamos que ambos os discursos são associados ao empoderamento no parto.

A conexão entre as mulheres, pelo compartilhamento de narrativas ligadas a natureza, estabelece também formas de distinção ou fronteiras simbólicas com relação aos outros relacionamentos que elas possuem fora do Grupo Maternati.

Os conhecimentos adquiridos com a participação no Maternati, ao mesmo tempo em que vinculam essas mulheres entre si, podem criar com relação “aos de fora”, certo grau de hierarquia, que, de forma autoritária, distinguiria as mulheres que supostamente estão aprisionadas aos papéis definidos socialmente para o parto.

Como aponta Gilberto Velho, todo grupo constrói fronteiras simbólicas com os demais, e este fenômeno é observado também nas sociedades urbanas. Assim, no universo que estamos analisando, são claras estas delimitações sempre reiteradas com fortes conotações políticas. A reafirmação da assistência humanizada implica estabelecer uma fronteira com aquelas que são convencionais, que não compreenderam, ainda, o sentido do parto. Mas esta constituição de fronteiras simbólicas – normais para qualquer grupo social – reveste-se aqui, muito particularmente, do elemento de distinção (Tornquist, 2004, p.187).

A autora ainda argumenta que, pertencer a um circuito de serviços e relações de sociabilidade dotadas de certo grau de distintividade (ou caráter alternativo), confere, principalmente entre as camadas médias, urbanas e intelectualizadas, um prestígio atrelado a essa diferenciação. Marcar a diferença com relação a um “estilo de vida convencional” ou a uma cultura massificada, que nesse caso está associada ao parto cesariano, eleva o status de um “estilo de vida contracultural” que de certa forma mantém um resistência aos modelos estabelecidos (Tornquist, 2004, p.187).

O reconhecimento da fronteira simbólica a que nos referimos, implica observarmos que o Grupo Maternati também estabelece um diálogo com as mulheres que não se identificam com o parto humanizado ou àquelas que não o conquistaram.

O discurso do Grupo sobre essa possível tensão é apaziguador e transigente quanto à divergência de opiniões. Nas entrelinhas dessa postura, uma estratégia de abordagem: “Nós estamos aqui para acolher as mulheres que querem o parto natural humanizado ou àquelas que possuem dúvidas sobre o tema e querem fazer uma escolha informada. As mulheres que escolheram pela cesária são suficientemente respeitadas por seus médicos, que certamente atenderão o seu pedido. Por isso com elas não nos preocupamos” (Notas de trabalho de campo, agosto de 2013).

Visto como uma alternativa em relação às rotinas despersonalizantes das instituições hospitalares, a modalidade de parto reivindicada no Grupo Maternati, propõe novas formas de sociabilidade e de interação entre os profissionais da saúde e as mulheres. São relações mais simétricas com trocas afetivas e representadas por indivíduos iguais. Assim, tanto o conhecimento científico como o “saber instintivo” são valorizados:

Tem que haver um equilíbrio entre a tecnologia e o instinto, na verdade, assim como todos os que trabalham com o parto natural, nós só trabalhamos com a medicina baseada em evidências, só com o que foi revisado e o que é realmente necessário. Aquele procedimento está disponível, mas ele é realmente necessário? Diante do instinto da mulher eu vou avaliar o que a evidência científica diz: o instinto diz para esperar, tá bom, a evidência reitera essa posição, então vamos esperar. Se o instinto diz que não e a evidência prevê isso também, então vamos lá. Exclusivamente nem um, nem outro. (Ana, enfermeira obstétrica que atende o Grupo Maternati, entrevista de 06/09/2013).

Essa visão nos mostra que o relacionamento entre a equipe de atendimento e as mulheres é de parceria e que ambas possuem o poder de decisão na cena do parto. Às vezes, o vínculo se torna forte desde o início da gestação e a amizade instituída demonstra como a escolha dos que irão participar do parto (a presença do pai geralmente é vista como fundamental) reflete esse ideal de igualdade.

Antes de ser preponderante os laços sanguíneos e familiares, as relações presididas pela escolha pessoal parecem mais desejáveis quando o assunto é o parto humanizado. Esses laços afetivos se expressam fortemente no convívio entre as mulheres, as *doulas* e suas futuras parteiras (ou médicos considerados humanizados) e também na escuta e na valorização de cada história pessoal. Mesmo quando as mulheres do Grupo escolhem o parto hospitalar, recebem indicações precisas daqueles profissionais que “entendem o trabalho da humanização e dão abertura para negociar” e esses, segundo Ana (enfermeira obstétrica há 14 anos), são raros em Maringá.

Do ponto de vista das participantes do Maternati, o bom relacionamento entre as parturientes e a equipe de atendimento é de extrema importância para que o parto aconteça sem dificuldades e intercorrências. Isso porque, em suas perspectivas, o parto é um fenômeno a um só tempo fisiológico, psicológico e social, por isso, o lugar em que o parto ocorre interfere em seus desdobramentos. O ambiente deve ser acolhedor, afetivo, calmo, não muito iluminado e precisa garantir a privacidade da mulher e de seus acompanhantes, para que, com o bem-estar gerado, a mulher produza os hormônios responsáveis pelas contrações e a dilatação do colo do útero.

O desejável é que o ambiente expresse cada escolha feita, contendo características que as deixem seguras, confortáveis e que as façam pensar somente em coisas boas, tendo à disposição músicas, aromas, alimentos, água, etc. “Da mesma forma que a ideia de ‘medicalização’ vem associada à de ‘impessoalidade’, o parto natural é assinalado como comprometido com a consideração do sujeito psicológico” (Salém, 2007, p.130).

Por isso, as percepções acerca dos aspectos emocionais e do preparo com relação aos discursos sociais sobre o parto natural interferem na fisiologia corporal e na evolução do

trabalho de parto. Esse olhar totalizador confunde o ideal de que a “natureza” é por si só sábia, impondo algumas condições para que ela se manifeste positivamente no momento do parto. Nessa percepção, o empoderamento significa a garantia de um espaço de reclusão na qual a possibilidade de entrega corporal, emocional e a vinculação plena com a “natureza” sejam superiores às possíveis amarras culturais que potencializam a ideia de risco, de medo e de incapacidade do corpo.

Ao compararmos as experiências descritas pela antropóloga Brigitte Jordan<sup>72</sup> com o parto humanizado atual, é possível perceber as mudanças decorrentes da retirada das mulheres da centralidade do parto. Segundo a autora, o ambiente escolhido tal como a um refúgio, com acompanhantes de intimidade das mulheres, promovia certo grau de segurança e conforto que por si só seriam eficazes para a realização do parto.

Em grupos como as mexicanas de Yucatan, Jordan (1987) observou que o ambiente doméstico, o auxílio da parteira e a presença dos acompanhantes eram suficientes para promover o acolhimento emocional e o apoio técnico necessário. Problemas de má apresentação do feto ou lentidão do trabalho de parto eram corrigidos com mudanças de postura, com exercícios e caminhadas feitas pela parturiente; o uso de redes e tecidos de sustentação para a mulher se apoiar eram objetos de seu uso cotidiano e, portanto, de seu próprio manejo, o que dava autonomia para ela escolher a postura mais adequada em cada etapa do parto.

Em oposição, os partos hospitalares dependem de macas, de monitores fetais, de instrumentos cirúrgicos e colocam os especialistas como o centro do evento. Somente ele poderá “ler” essa alta tecnologia e informar a mulher a respeito de sua situação física e das medidas a serem tomadas quanto ao parto.

Com seus estudos Jordan (1987, p.39) parece estimular uma revalorização dos artefatos de baixa tecnologia e do ambiente familiar como, por exemplo, as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e que dependam de um contato afetivo, como as massagens, a deambulação, o uso de banheiras com água quente e, principalmente, a criação de ambientes mais propícios ao desenrolar fisiológico dos nascimentos, com uma tecnologia apropriada e atenção adequada a cada momento.

Todas essas técnicas corporais são também difundidas pelo Grupo Maternati como fundamentais para o trabalho de parto. A segurança de que tudo ficará bem, movida pela

---

<sup>72</sup> Jordan, Brigitte. *The Hut and the hospital: information, power and symbolism in the artifacts of birth*. March, 1987. O estudo contrasta os baixos usos tecnológicos nos partos das populações indígenas com os altos recursos, inclusive instrumentais, dos ambientes de parto nas sociedades Ocidentais.



confiança no próprio corpo e o mergulho na experiência, podem levá-las a “lugares” e a sensações nunca vividas como, por exemplo, as descritas a seguir, retiradas dos relatos de partos escritos pelas integrantes do Grupo Maternati:

Tranquilidade, muita tranquilidade. Não imaginava que eu ia dar a luz naquele dia, eu não tinha a menor ideia. O trabalho de parto começou suavemente e as águas começaram a descer ainda de noite. A bolsa vazava levemente com as contrações de ensaio, a parteira (enfermeira obstétrica) veio, ela viu que estava tudo bem. O friozinho na barriga que subia até a garganta. Sorriso estampado no meu rosto. Ainda muito calma. O sentimento era igual ao sentimento do primeiro beijo, quando você sabe que algo muito bom vai acontecer, mas não tem a menor ideia de como vai ser. A próxima fase parecia aquele primeiro pulo que se dá em um lago bem gelado. No começo, um pouco de adrenalina, depois, o choque surpreende e tira o fôlego, mas acaba sendo uma delícia. As ondas vinham e iam. Estavam me levando para um mundo que as parteiras e *doulas* chamam de partolândia... A partolândia é um lugar que cada mulher tem no interior mais profundo dela, um lugar tão profundo que somente através das ondas, ela enxerga que aquele lugar existe. Um lugar tão distante de tudo que ela não precisa mais de palavras, de ideias, de teorias. Nesse lugar, ela é a pessoa mais poderosa, pois é nesse lugar que ela encontra a verdadeira força que ela tem. E eu estava indo, com cada onda que tomava conta de mim, para aquele lugar. Deixei me levar. Joguei tudo fora. Chuveiro. Água caindo quente nas minhas costas. Chegou meu marido com a parteira e a *doula*. Não me lembro do que foi falado, mas lembro que os olhos deles transmitiam paz, firmeza e segurança. Dispostos a ser os meus braços quando eles não tinham mais forças, a ser as minhas pernas quando elas tremiam, a ser a minha força e a minha anestesia. Dispostos a fazer tudo e nada (Relato de parto Ísis, integrante do Maternati).

A (nome da parteira) sugeriu que eu e o (nome do marido) fossemos pro quarto. Mocinha sabida das coisas. Entrei no quarto e mergulhei na partolândia. Passei a não raciocinar mais a partir desse momento, deixei a sagrada natureza me guiar. Perdi a noção do tempo, não ouvi quase nada, vi pouca coisa. A partolândia é um local de sensações, mágicas sensações. A dor começou a apertar e incomodava mais. Deitei na cama, fiquei na bola, me ajoelhei no chão, e as contrações vinham e iam. O (marido) ficou o tempo todo do meu lado. Ele me lembrava de respirar corretamente quando a dor vinha, me segurava nos intervalos, sussurrava amor e força nos meus ouvidos. Não me lembro muito das palavras dele, mas me lembro perfeitamente de sentir a voz dele dentro de mim. O tempo todo. Num certo momento ele saiu (depois eu soube que era minha sogra no telefone, ela nem ninguém da nossa família sabiam do parto, achamos melhor assim) e a (*doula*) veio fazer massagem em mim. UAU, que massagem! Sentia como se mil mãos me tocassem nas costas naquele momento. A bolsa rompeu de vez durante a massagem. Tirei a roupa e fui para o chuveiro (Relato de parto Cida, integrante do Maternati).

O uso de metáforas ligadas à natureza e o sentimento de força advindo da experiência de parto referem-se, no discurso das mulheres, a um encontro com o que, às vezes, elas chamam de “essência feminina”, momento propício para produzir os hormônios necessários ao nascimento. Embora seja possível afirmar que o apelo a uma essência possa “reificar uma imagem bastante convencional das mulheres” (Fleischer, 2005), ao nosso ver, esse discurso não se vincula totalmente aos aspectos biológicos como destino único do feminino, mas sim aproxima-se do ideal de “valorização da natureza e das especificidades do corpo em trabalho

de parto”. Toda essa simbologia conduz as mulheres a um lugar que chamam “partolândia” (conceito nativo e também difundido pelo movimento de humanização há algum tempo).

O poder simbólico que circunda esse lugar privilegiado, que tem no parto sua manifestação única, faz com que as mulheres do Maternati queiram saber como se faz para alcançá-lo. Segundo as *doulas*, a “partolândia” é um momento de ruptura com as regras sociais; um estado de consciência na qual se está isolada das noções de tempo e espaço e que, por estar atrelada à experiência da dor, pode também ser um momento de fortalecimento para a continuação do trabalho de parto.

Segundo as mulheres ouvidas, entregar-se à “partolândia” pode gerar sentimentos de superação e força, além disso, aumenta a consciência do funcionamento corporal em trabalho de parto e da descida do bebê pelo canal vaginal (é possível colocar a mão no cabelo do bebê e tocá-lo durante o momento expulsivo para em seguida segurá-lo no colo), o que é bastante simbólico da participação ativa da mulher no parto.

Então chegou perto das três da tarde, eu acho, pedi para ficar sozinha no quarto. Liguei umas músicas da Enya que tinha no computador e entrei nelas. Foi uma viagem. Que delicioso. Não via mais nada, e não tinha mais vergonha de ninguém. Não me importava se me vissem dançando ou o que fosse, estava eu e ela (bebê), nos harmonizando para receber o que estava por vir. Foi então que as contrações deram o ar das graças! E aconteceu tudo como tinha mesmo que acontecer. Demorou tanto para vir as contrações efetivas, que quando realmente vieram eu me amarrei completamente nelas. Elas anunciavam o que estava chegando e eu pensava: “oba, que delícia”. Então eu dançava feliz junto com elas, celebrando a descida da minha pequena a esse novo mundo! E entre um vislumbre e outro, minha memória ancestral foi acessada, e eu me via dançando, tantas vezes grávida, e essa, mais uma vez, para guardar na lembrança. Me lembrava o quanto antes eu era mais conectada com a minha verdadeira essência, com a natureza pura das coisas, com a lua, com o ciclo natural de todas as coisas viventes, e naturalmente trazia essa doce lembrança para aquele momento. Tão simples, e descobri que era isso que tinha me faltado no parto do (nome do primeiro filho). Me faltou a lembrança de quem eu sou, como essência feminina, criadora e capaz de dar a luz, como é capaz uma árvore, de dar seus frutos a essa Terra (Relato de parto Miriam, integrante do Maternati).

A sensação de estar próxima à natureza, nesse contexto, aparece como a possibilidade de estar liberta das amarras sociais, de um comportamento aceitável ou do que geralmente é permitido ou não fazer. Ficar nua, gritar, cantar, dançar, rebolar ou, ao contrário, adentrar um estado meditativo e silencioso, são exemplos de como um discurso ecológico pode manifestar-se no parto. Como observou Carneiro (2011) a partolândia:

[...] despontou como um estado satisfatório, bem vivido e bem recebido, ainda que [as mulheres] tivessem dificuldades de descrevê-la em pormenores. Nela, ao que tudo indica, pode-se romper com padrões sociais, com tabus e com interdições, o corpo nu é exposto sem

pudores, palavras e sons podem vir a ser proferidos sem filtro social, grita-se e geme-se e odores e fluídos corporais têm espaço, assim como qualquer posição corporal, por mais estranha, a princípio, que possa parecer (Carneiro, 2011, p.204).

Apesar todas as mulheres do Grupo enfatizarem suas preocupações com a dor do parto, pudemos perceber nos relatos, que a manifestação desse sentimento não aparece sozinha. Sua presença é acompanhada de emoções como a alegria, força, tranquilidade e o prazer. Cada uma das mulheres pode atribuir um sentido específico para a sua dor<sup>73</sup>: “dor de amor”, “dor que abre”, “dor suportável”, “dor que me aproxima do meu filho”, etc.

A possibilidade de sentir algum prazer no momento do parto também foi um tema de discussão nos encontros do Grupo Maternati. Segundo as mulheres ouvidas, inscrever o parto no registro da sexualidade pode abrir a possibilidade até para um orgasmo no momento expulsivo do parto. No Grupo Maternati essa reflexão foi iniciada com a exibição do documentário americano *orgasmith birth* (2009) e o questionamento do tabu de que o parto é (e deve ser) intrinsecamente doloroso e sofrido começou a ser esboçado, muito embora não tenha se tornado um tema significativo nas conversas do Grupo.

Muito embora o prazer sexual não tenha sido relatado entre as mulheres do Grupo Maternati, muitos outros significados para uma experiência de prazer motivada pelo parto foram expressos. Desde ausência de dor, a existência de uma dor misturada com euforia e alegria, até relatos de dores insuportáveis foram incorporados a um discurso de superação e força.

No universo da humanização do parto a liberação natural de hormônios como a ocitocina (hormônio de estímulo às contrações – segundo o obstetra Odent o “hormônio do amor”) e a beta-endorfina (hormônio do relaxamento e alívio da dor) pode ser estimulada em contextos específicos. Incorporados ao Grupo Maternati, esses “discursos de prazer e dor” se misturam, gerando identificações e narrativas interpretativas que negociam sentidos para esses sentimentos.

---

<sup>73</sup> Poema escrito por uma integrante do Grupo Maternati: “a dor é de dar à luz aos meus medos, a dor é de que nasçam as minhas inseguranças. Essa dor vem do meu interior, é a dor do meu coração se abrindo, do meu ventre se abrindo, é a dor de enxergar quem eu sou, de enxergar a minha sombra até que enxergo o olhar dela, que brilha com a sabedoria dos poderes de dentro de mim, do poder de dar à luz, de ser iluminada e iluminar. E as ondas me carregam, é o prazer de dar à luz a quem eu não sabia que eu era, é o prazer que vem de dentro e transborda, é o prazer de abrir meu coração, é o prazer de dar vida a um novo ser, de enxergar a beleza do meu corpo de poder dar à luz, é a dor e o prazer de se conhecer por dentro, de se virar do lado avesso e descobrir um ser infinitamente mais capaz do que eu acreditava ser porque dar à luz é iluminar os cantos da alma e enxergar o poder de ser você”.

Na verdade é como se a gente tomasse alguma coisa que nos tira do centro de nós mesmas. Nos dimensiona, pelo incrível que pareça, nos revitaliza. Como se fosse a nossa primeira e verdadeira discussão de relacionamento na vida. Na minha vivência percebi a dor como um fenômeno para abrir não só o nosso corpo, mas a nossa mente. Mostra nossa força e nossa fragilidade, nosso controle e nossa entrega. Eu trouxe o (nome do filho) ao mundo com a força que busquei em todas as mães de nossa terra! (Lorena, depoimento roda Maternati, 25/06/2014).

Escalei minha própria montanha. Meu corpo sentiu o baque, porque subi muito rápido... Subi correndo, na verdade! Sofri de "mal das montanhas" por conta disso (quando a pessoa fica meio doído ao escalar uma montanha rápido demais sem conseguir oxigenar o cérebro direito por conta da altitude). Entrei em pânico! Mas o topo estava logo ali, e o (nome do marido), que estava correndo lá pra cima tanto quanto eu, se sacrificou, deu o restinho de si na escalada pra me inspirar a seguir em frente. E lá fui eu: rumo ao topo! Olhava pra cima e sentia medo! Muito medo! Cada passo era uma luta contra traumas e fantasmas, e que luta! Mas Deus é tão bom que eu não estava sozinha. Minha *doulamiga* estava lá pra me ajudar a escolher a melhor rota até o ponto final da escalada. Ela me deu até uma barra de ferro pra eu conseguir me apoiar no ponto mais íngreme e... EU CHEGUEI! EU CONSEGUI! E que vista... Que vista maravilhosa! Foi tão incrível que nos primeiros segundos foi difícil acreditar que a escaladora da vez era eu! (Relato publicado na roda virtual do Maternati, 30/01/2015).

A dor seria então o veículo para o recolhimento, para a introspecção, para sair do mundo das formas e entrar no mundo sem limites, sem palavras, sem luzes... É um momento de abertura de consciência. Assim a dor é suportável, é necessária, porque nos permite “sair” do mundo racional, e só fora do mundo racional se pode parir em liberdade. (Gutman, retirado do grupo virtual do Maternati em maio de 2014).

As imagens representadas acima podem ser interpretadas como um exercício intencional de valorização da natureza e das emoções, que na experiência do parto alcançam limites nunca vivenciados. As metáforas ligadas à natureza, nesse contexto, podem ser interpretadas como um ideal de libertação com relação a um discurso cultural e oficial do parto. Tais reflexões militam também contra uma racionalidade (que pode ser vista como masculina) que impede certa autenticidade da experiência. A presença do marido é descrita como fundamental e a afirmação da força da mulher, sempre comemorada ao fim de cada relato de parto, cria uma ligação entre elas ecoando como a um chamado para a “conversão” ao Grupo.

Enfim, muitas são as possibilidades de interpretação para as falas das mulheres em questão e exploramos algumas delas com o intuito de compreender quais as identificações que conformam a escolha pelo parto humanizado, sempre cotejando os discursos das mulheres do Grupo Maternati com a história do movimento de humanização mais amplo socialmente, já que ambas as expressões são, de nosso ponto de vista, indissociáveis.

Subjacente aos discursos da “natureza” e da “fisiologia do parto”, o parto humanizado é colocado, a partir do Grupo Maternati, como uma experiência capaz de articular muitos

discursos e, com isso forjar identidades próprias; antes um processo do que uma definição concreta.

### **A identificação com o trabalho educacional das *doulas*: articulações e afastamentos com relação a um discurso feminista**

Dedicaremos esse item para focalizar o trabalho das *doulas* e a importância de suas atividades para a divulgação das problemáticas ligadas a humanização do parto e do nascimento. Partimos da ideia de que o trabalho das *doulas* baliza de forma central a preparação para o parto e a maternidade através de uma pedagogia específica. Além disso, essas profissionais asseguram a formação de grupos por todo o Brasil visando o diálogo coletivo de mulheres que compartilham do discurso do parto humanizado. Em outras palavras, as *doulas* realizam, de forma significativa, a interface entre o movimento de humanização do parto mais amplo e os grupos locais que “se apropriam” de suas discussões explorando-as localmente.

O ofício de *doular* é antigo e remonta histórias antigas de nascimentos, onde a presença no lugar do parto era de exclusividade feminina. Estar acompanhada por mulheres “mais experientes” era comum e, segundo pudemos observar nos encontros do Maternati é a partir do atual “enfraquecimento” desses núcleos de sociabilidade que a *doula* tende a construir o seu novo papel. A necessidade de recuperar esses espaços de convivência, antes especialmente femininos, e hoje inclusivo dos homens, é uma ideia bastante recorrente nos encontros do Grupo Maternati.

Somente depois da apresentação desse cenário do passado, onde mulheres se ajudavam, é que as *doulas* do Maternati adentram foco na importância de seu ofício nos dias de hoje, no contexto da humanização do parto como movimento social consolidado. O trabalho das *doulas* é também parte de um discurso oficial, e guarda significativa importância na diminuição das intervenções no parto, segundo os manuais formulados pelo Ministério da Saúde<sup>74</sup>.

A atividade da *doula* hoje é sancionada pela Medicina Baseada em Evidências por atestar<sup>75</sup> que a participação das *doulas* no parto influencia na diminuição do tempo do

---

<sup>74</sup> Os principais manuais são: parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde, idealizado pelo Ministério da Saúde/Febrasgo/Abenfo, de 2003 e um volume da série intitulada Direitos Humanos e Direitos Reprodutivos, chamado Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, de 2005.

<sup>75</sup> Biblioteca Cochrane: *Continuous support for women during childbirth*. February, vol. 16(2), 2011. Pesquisa realizada no site: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263), acesso em fevereiro de 2015.

trabalho de parto, dos pedidos de cesária, do uso da anestesia peridural e da ocitocina sintética, e, além disso, pelo significativo amparo afetivo e emocional que dedicam às mulheres (Biblioteca Cochrane, 2011). Dentro do Grupo, esses indicadores são recebidos com surpresa e entusiasmo, demonstrando, muitas vezes, que as participantes desconheciam tais práticas antes da participação no Maternati.

O aspecto educacional do Grupo Maternati caracteriza-se, portanto, por transmitir narrativas coerentes com os conhecimentos produzidos dentro do movimento de humanização do parto o que, na prática, torna-se para as mulheres envolvidas, “novas” verdades ou “revelações” que podem as incitá-las à militância desses saberes. No discurso das *doulas* há também uma forte presença de elementos encontrados no arcabouço feminista e, o incentivo à propagação desses conhecimentos compartilhados no Maternati, reflete o ideal de fortalecer uma rede de mulheres que contam solidariamente umas com as outras, criando relações de confiança e marcas de distinção.

Ela [a mulher] precisa querer parir e acreditar no parto; o resto o corpo faz. Precisa se informar muito para tomar as suas próprias decisões, exercendo, dessa forma, autonomia sobre o seu corpo. Precisa tomar para si a responsabilidade de suas escolhas e não entregar a tutela do seu parto a nenhum profissional quer seja ele médico obstetra, enfermeira obstétrica, obstetrix, *doula*. Precisa ter uma equipe alinhada as suas expectativas. O parto é da mulher e nós sabemos parir (*Post* publicado<sup>76</sup> no grupo virtual do Maternati para expressar a “voz do Grupo”).

Na fala acima podemos perceber que as *doulas* não se colocam o papel de ensinar as mulheres a parir, como um discurso educacional poderia sugerir. Elas se posicionam como mediadoras de informações e conhecimentos ligados à humanização e a Medicina Baseada em Evidências, com os quais acredita que as mulheres ficarão mais aptas a realizar sua “escolha informada” (conceito nativo). É possível observar também um exemplo de como o apelo ao “natural” tem suas condições. A manifestação de um processo “natural” no corpo feminino durante o parto passa por filtros culturais previamente conhecidos, ou seja, uma série de medidas são necessárias anteriormente para que se atinja o “parto fisiológico”.

Da mesma forma que os termos “humanização”, “empoderamento” e “natureza” assumem vários sentidos dentro do Grupo Maternati, o papel da *doula* também apresenta muitas possibilidades e múltiplos são os discursos que perpassam as suas atividades. Além do papel educacional, socioafetivo e de encorajamento, essas profissionais (hoje já formadas por

---

<sup>76</sup> Trecho de uma entrevista da médica obstetra Bousada publicada na Revista Proteste Saúde, matéria intitulada: *Parto: cesárias precisam diminuir* - n.39, Março, 2015 (enviada às participantes do Maternati pela *doula* que coordena o Grupo).

cursos específicos) são as principais interlocutoras das mulheres que aderem ao parto humanizado: mesmo nas situações em que a cesária acontece, é elaborado um discurso bastante racional acerca das prescrições decorrentes do conjunto de saberes mobilizado pelo movimento de humanização do parto, ou seja, nos relatos pós-nascimento, podemos verificar que cada escolha é justificada a partir do ideário e dos valores do Grupo. A cesária também é vista a partir do modelo humanizado.

A (nome do bebê) foi recebida da melhor maneira possível, mesmo nascendo por cesária. Se existe cesária humanizada então foi o que aconteceu comigo e com a (bebê). Pouco tempo depois de tomar a anestesia, escutei seu choro. Eu e a (nome da companheira) gritávamos sem parar. Nós chorávamos desesperadamente. Como não tive meus braços amarrados, ela veio direto para os meus braços, assim que o cordão parou de pulsar. Eu e a (nome) ainda estávamos gritando e chorando diante de toda emoção daquele momento, quando a (enfermeira) a colocava para mamar ali mesmo na sala de cirurgia. O ar condicionado ficou todo tempo desligado e não fizeram nenhum procedimento com a (bebê). Ela passou no berçário apenas para trocar de roupa, chegou ao quarto e foi para o colo dos avós, que a esperavam ansiosos e emocionados. Não é o relato que sonhei em dar, mas essa é a nossa história. Se eu pudesse faria tudo de novo mesmo sabendo qual seria o final. Sei que as horas do meu trabalho de parto não foram em vão (Inara, integrante do Maternati - relato de parto publicado no grupo virtual, acesso em fevereiro de 2015).

Há, portanto, uma vontade de certeza por parte dessas mulheres, de que fizeram as escolhas certas, que possuem o controle da situação e tomaram todas as medidas para que o parto não caísse nas “mãos do sistema”, objetivo com o qual dialogam com frequência nas reuniões.

A proposta das *doulas* envolve, assim, uma série de procedimentos menos invasivos, terapêuticos e não farmacológicos para a condução do parto, sempre posicionadas criticamente à medicalização do mesmo. Seu discurso anti-medicalização é, também influenciado por uma visão feminista da saúde. O movimento feminista anunciou, desde a formação do movimento de humanização do parto e do nascimento, que muitas mulheres morrem em ambiente hospitalar devido à excessiva medicalização do parto (Fleischer, 2005, p.13).

No entanto, as narrativas que carregam identificações feministas, como as da desmedicalização, do desejo de autonomia, das escolhas sobre o corpo e do poder sobre o processo de engravidar, gestar e parir trazem em si, de forma ambivalente, identificações com um “ambiente natural” propício para uma entrega instintiva e liberta da cultura. Nessa perspectiva a cultura não é algo abstrato. É especificamente uma cultura dominante que fez da biologia feminina uma predestinação ao patológico.

Embora existam pesquisas que ressaltem uma visão essencializada da biologia da mulher nos discursos das *doulas* – “Nesta cruzada positivadora [do parto], há momentos em que explicações biológicas são priorizadas e outros em que explicações culturais merecem destaque” (Fleischer, 2005, p.16) – percebemos que, as *doulas* do Maternati, não utilizam o termo biológico e nem associam essa biologia ao papel materno; ao contrário, vimos entre as participantes do Grupo a opinião de que a maternidade deve ser uma escolha, “uma opção feita com critério e consciência” (Lívia, *doula* do Grupo Maternati, notas de trabalho de campo).

O objetivo das discussões dentro do Grupo é, portanto, a escolha das mulheres e uma visão de que elas “devem” ser protagonistas de seus partos. Assim, o termo acionado pelas *doulas* para abordar a importância da natureza no processo de parto é “fisiológico” ou ainda “ecológico”. O discurso do “parto fisiológico”<sup>77</sup> entra no rol de identificações das mulheres do Grupo e, segundo a coordenadora do Maternati, representa um parto que une de forma equilibrada tecnologia e cuidado: “a *doula* pretende reunir o melhor desses dois mundos, tradicional e moderno” (Lívia, *doula* do Maternati). Nesse sentido, as *doulas* não ensinam as mulheres a parir, mas sim organizam um “ambiente criado” e apropriado para elas produzirem os hormônios necessários<sup>78</sup> ao parto.

Sem este contato necessário com as raízes culturais, não pode haver o contato necessário com as raízes filogenéticas, ou seja, as raízes mais profundas. (...) O contato com nossas raízes filogenéticas é sinônimo da escuta do cérebro instintivo, do cérebro víscero-afetivo. O tempo é chegado de considerarmos os efeitos que o meio ambiente exerce no processo do parto e no primeiro contato entre a mãe e o bebê. (...) Questões simples são a chave para compreendermos o parto de outra óptica. Por exemplo, que o ambiente pode inibir a parturição humana. Que tipo de ambiente pode inibir o trabalho de parto? Que tipo de ambiente pode influir negativamente no primeiro contato entre a mãe e o bebê e a amamentação (trechos do texto<sup>79</sup> de Lessa elaborado a partir do artigo: Parto em casa planejado nos países industrializados, Odent, Regional Office, 1991).

Quanto ao “dever” de protagonizar o parto, podemos dizer que este pode ser visto como um discurso normativo dentro do Grupo Maternati. Associado ao discurso do empoderamento, também incitado pelas *doulas*, o protagonismo implica em fazer escolhas, assumir os riscos e ter a responsabilidade sobre as decisões tomadas. As *doulas* costumam

<sup>77</sup> Conceito elaborado pelo obstetra Michel Odent em seu livro *Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado*, editora TAO, 1981.

<sup>78</sup> Segundo os expoentes da humanização do parto alguns lugares frios, com muita luz, estranhos ou constrangedores podem impedir a liberação natural de hormônios para o parto. O sentimento de stresse libera o hormônio adrenalina que suprime o aumento dos níveis de endorfina e ocitocina.

<sup>79</sup> Retirado do site: [www.equipepartoecologico.blogspot.com.br](http://www.equipepartoecologico.blogspot.com.br), acesso em fevereiro de 2015.



afirmar, durante os encontros, que essa atitude é parte do processo de tornar-se mãe (Notas de trabalho de campo, Outubro de 2014). “Decidir o lugar e o tipo de parto é só o começo de uma jornada de resistências e questionamentos” (Estela, integrante do Grupo Maternati, entrevista de out. de 2013). Essa regra pode conter um “tom autoritário” e uma visão pré-estabelecida do que é ser mãe.

O trabalho realizado pelas *doulas* que coordenam o Grupo Maternati pretende, a princípio, reunir mulheres já identificadas com algumas das ideias e valores dos nascimentos mais “naturais”. Ele agrega e oferece suporte as gestantes que já têm perspectivas alteradas sobre o parto, ou seja, é um aglutinador de mulheres que não encontram modelos para planejar sua gestação e parto como desejam. O Grupo atende demandas e insatisfações já existentes, principalmente entre as mulheres que possuem experiências de parto anteriores. No entanto, há também mulheres que chegam ao Maternati por indicações de outras participantes e, curiosas, encontram pela primeira vez a abordagem do parto humanizado.

O alcance do Grupo ultrapassa ainda a ideia de reunir mulheres com um determinado estilo de vida, geralmente mais “alternativo” com relação a outros modos de vida. Ele certamente o faz, porém, desde o início dessa pesquisa os encontros são também fruto de interesse de pessoas muito variadas, dificilmente rotuláveis em padrões homogêneos (tanto economicamente, como culturalmente).

Para algumas mulheres, de fato há uma transformação de consciência, como se os saberes adquiridos a partir dos encontros fossem reveladores de uma nova possibilidade de vida, que passa a ser uma meta por conquistar. Para outras, o grupo é um reflexo de valores e expectativas há muito tempo preexistentes e, conseqüentemente, geram imediata identificação; há também as mulheres que se mostram resistentes aos discursos do parto humanizado presentes no Grupo Maternati e pensam que aquele universo não as representa nem as contempla.

Geralmente, as mulheres que decidem por começar a frequentar os encontros do Grupo, não o deixam de fazer até que o parto aconteça. Elas começam a frequentar as rodas de conversa, passam a encontrarem-se também nos grupos de gestantes e, mais atualmente, criaram outras demandas para o pós-parto, como o grupo de mães (a fim de trocar experiências sobre o puerpério) e o grupo de amamentação para receber o auxílio de outras mães que já integraram o Grupo sobre as dificuldades que possam surgir durante o período inicial da amamentação e do pós-parto.

Todas as atividades que acontecem no Maternati são atribuições das *doulas* que coordenam o Grupo, da mesma forma em que ocorre na maioria dos GAPPs (Grupos apoiados pela Parto do Princípio) existentes no Brasil. Ou seja, o Grupo Maternati e as *doulas* que o organizam ao dialogar com os altos índices de cesárias na cidade de Maringá, (no Paraná a taxa é chega a 80% na saúde suplementar<sup>80</sup>) realizam um trabalho educacional que potencializa e qualifica as possibilidades de escolha das mulheres e de suas famílias, distinguindo-se de um posicionamento tolerante com o que é socialmente oferecido como “normal”.

O trabalho dessas profissionais também estimula o aumento da rede de serviços que remuneram outros profissionais durante a gestação e o parto. Não só as *doulas*, mas também as enfermeiras obstétricas, enfermeiras neonatais, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, entre outros, que são convidados a divulgar seus trabalhos ligados ao parto ou aos primeiros anos de vida da criança dentro do Grupo Maternati.

O olhar multidisciplinar para o fenômeno do nascimento acarreta na ampliação do número de profissionais e da “clientela” envolvida com o parto. Esses sujeitos buscam experiências singulares a partir do parto e da maternidade, muitas vezes baseados em um estilo de vida pré-existente ou que fora criado ou remodelado a partir do pertencimento ao Grupo Maternati:

Acredito que quando entramos na porta da humanização, ela se fecha e não tem como voltar atrás. Acho impossível ter um mínimo de informação e ainda assim escolher o caminho convencional do parto. E, "pior ainda", são as outras portas que se abrem e nós acabamos entrando nelas, que é a da amamentação, da criação com apego, do *sling*, da alimentação saudável... A luta pelo parto é a primeira de muitas batalhas que teremos que vencer no mundo da maternidade. E pra se fortalecer, a gente tem que se despir de toda carga cultural que assimilamos durante toda nossa vida. Tudo aquilo que tínhamos como "certo" cai por terra. É assustador, se formos pensar de forma crua, mas ao mesmo tempo, recompensador. Por isso fico tão feliz ao ver tanta gente em busca de um parto com respeito e de uma maternidade consciente. Vejo que toda minha vida estive certa em acreditar na força da mulher e no seu poder de escolha (Nanda, integrante do Grupo Maternati, depoimento de maio de 2014).

A concretização da busca relacionada ao parto humanizado acontece tendo como propulsoras e mediadoras as *doulas*. São elas que atualmente organizam os grupos, muitas vezes, por meio de um trabalho voluntário em instituições hospitalares públicas ou privadas. Elas também realizam o atendimento remunerado que inclui toda a preparação durante a

---

<sup>80</sup> Dado recolhido na palestra da pesquisa *Nascer no Brasil, Nascer em Maringá* feita pela Silvana G. N. da Gama, docente e pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em saúde da Fiocruz, realizada em 19 de Novembro de 2014 no auditório do hospital universitário da cidade de Maringá (HU) e que tivemos a oportunidade de participar.

gestação, a disponibilidade durante o trabalho de parto e parto e o acompanhamento após o nascimento.

As *doulas* são como um guia a um país estrangeiro. Há uma preparação da linguagem, dos costumes, elas cuidam do ambiente, do bem-estar, realiza massagens, lembra da capacidade das mulheres e da importância da respiração. Elas também ajudam na compreensão dos significados da dor, das contrações e de todos os outros processos do parto (Lívia, *doula* do Maternati, palestra, outubro de 2014).

As *doulas* do Maternati realizam duas formas de trabalho: a voluntária e a particular. No início, o Grupo realizava somente as rodas de conversa gratuitas e o acompanhamento durante o parto de forma particular. Elas também tinham experiência em frequentar os plantões dos hospitais que atendiam pelo SUS a fim de realizar o trabalho de *doula* voluntária. Atualmente, as *doulas* do Grupo Maternati mantêm as rodas gratuitas, mas, incorporaram aos serviços prestados outras reuniões, cursos e terapias particulares.

Hoje, são as *doulas* que difundem, concomitantemente, as práticas de solidariedades mais antigas: que remetem às parteiras e aparadeiras de antigamente ou “às mulheres que ajudavam mulheres no ato de parir” e também, o que há de mais avançado e revisado cientificamente: a Medicina Baseada em Evidências.

São elas que cuidam da saúde da mulher que ninguém vê, é aquela saúde que se sente, que se ouve sem que seja dita uma palavra, são os medos que aparecem e que devem ser divididos com outra pessoa, para que seja disseminado. A *doula* é a voz quando a mulher precisa ouvir que consegue, quando ela precisa que alguém afirme o que ela já sabe. É a mão que acaricia e que conforta, é o abraço, é a paciência adquirida com experiência em acompanhar mulheres parindo. A *doula* é assistência física e emocional, que não precisa se dividir entre funções, ela está ali somente para apoiar à parturiente (Melo, *doula* de Floripa, publicado no grupo virtual do Maternati).

Um dos argumentos preponderantes e ponto de partida para a discussão da humanização do parto é o debate em torno da gestação como patologia. Segundo Davis-Floyd (1994), os procedimentos obstétricos podem ser compreendidos como rituais que impõem os valores culturais da sociedade às mulheres que estão parindo. A antropóloga feminista ainda acrescenta que “entre esses valores estão à impotência feminina frente ao sistema patriarcal, a dependência à ciência e à tecnologia e a necessidade do controle cultural de seus processos naturais” (*apud* Armellini; Luz, 2003, p. 306).

Essas questões estão respaldadas por uma leitura histórica do corpo feminino. Construída desde os primórdios da história europeia e também no Brasil desde a colonização, a visão formulada acerca do corpo feminino foi esboçada no instante em que os primeiros

cursos de medicina começaram a ganhar legitimidade social. Durante a criação dos primeiros cursos para médicos-cirurgiões foi necessário conseguir o convencimento das mulheres para que estas aderissem ao novo modelo de saúde:

O ponto de apoio desse discurso que criou a mulher da sociedade imperial foi à sexualidade feminina. Sexualidade que foi descrita a fundo, com acurada precisão fazendo a mulher um ser frágil e inconstante, a quem somente os médicos poderiam orientar, por serem os únicos que a conheciam. Desse “jogo” surgiam “o mito do amor materno”, “a mãe dedicada”, “boa esposa”, “rainha do lar”, as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o imaginário social do século XIX. A mulher criada no século XIX, que povoou as páginas dos romances nacionais, destacava-se por sua constituição frágil e débil (Brenes, 1991, p.146).

Colocar em prática o conhecimento das primeiras instituições médicas não foi tarefa fácil. Tampouco adquirir a “confiança” das mulheres a ponto de fazê-las procurar a assistência dos cirurgiões, fossem elas mulheres ricas ou pobres. Segundo Brenes (1991) essa transformação cultural necessitou de amparo estatal e adquiriu faces autoritárias no início do exercício da medicina brasileira.

No Brasil Imperial, os esforços para trazer as mulheres ao espaço médico, que era vistos como um lugar para se recorrer em casos extremos, tiveram variados focos de ação e semblantes de vigilância com relação às mulheres. Em parceria com o governo, foi declarada a obrigatoriedade do cadastro ou registro de nascimento para todos os bebês nascidos no país, com a intenção primeira de catalogá-los.

Outras finalidades eram controlar os nascimentos e tomar medidas com relação aos índices de infanticídio, muito elevados na época. Tais medidas pretendiam dificultar os partos independentes, pela burocracia que geravam no processo de adquirir o documento de nascido vivo, obrigatório por lei desde então. Em carta dirigida ao Governo Imperial, um grupo de médicos propôs o uso da força para colocar fim à desorganização em que ocorriam os nascimentos até então. Para trazer às mulheres às clínicas, escassas de pacientes, era preciso evitar que praticassem “a difícil arte de partejar”:

Para esse fim dever-se-á obrigar toda e qualquer mulher rica ou pobre a levar ou mandar levar o recém-nascido à apresentação em casa do subdelegado do distrito; este não deve ser qualquer cidadão indistintamente, mas um empregado próprio do governo. [...] A mulher pobre, para livrar-se de todos esses incômodos, com toda facilidade preferirá parir no hospital do que em casa, e, as pessoas que hoje acolhem facilmente uma mulher em trabalho de parto deixarão de fazê-lo para não furtar-se às exigências da lei (Guimarães, 1863 *apud* Brenes, 1991, p. 147).

Assim, com o intuito de frear o domínio que medicina moderna impôs as mulheres no momento do parto, é que foi organizado o movimento de humanização do parto e do nascimento. As questões ligadas ao exercício da medicina foram temas incorporados principalmente pelo *ethos* feminista dessas redes. Paralelamente, no Grupo Maternati, divulga-se que a assistência obstétrica no Brasil é uma construção social perpassada por uma “cultura misógina e machista” e que, portanto, as representações e práticas obstétricas, estão baseadas no princípio do controle do corpo feminino e da maximização do tempo lucrativo<sup>81</sup>.

A partir desses elementos, podemos perceber identificações com temas feministas a partir dos discursos do Grupo Maternati. Embora ele não se defina como um grupo feminista, podemos verificar que seus discursos trazem propostas em comum com esse movimento.

Individualmente, as *doulas* e as participantes (em praticamente todas as entrevistas) afirmaram acreditar que a busca pelo parto humanizado é convergente com a pauta feminista de busca por liberdade e autonomia. No entanto cada uma delas dialoga com interpretações próprias sobre o feminismo; mesmo quando afirmam temas em comum com questões feministas, concomitantemente podem revelar discursos contraditórios com relação a propostas cruciais dentro desse movimento como, por exemplo, a legalização do aborto. Ao que pudemos observar, elas têm consciência disso:

Eu falo que sou feminista, mas eu sou contra o aborto. Eu acredito na vida desde a concepção; há dois anos eu fiquei grávida e perdi com oito semanas, e foi muito traumático pra mim, principalmente por isso. As pessoas não consideram, mas, eu me sinto mãe desde o primeiro instante. Eu tenho uma relação muito íntima com o meu corpo, eu sei quando vou menstruar, eu tenho essa ligação com o meu corpo, desde a primeira menstruação eu sabia que alguma coisa tinha de diferente, toda hora eu ia ao banheiro e de repente eu vi o sanguinho, eu tinha treze anos e com gravidez é mesma coisa, eu sinto algo de diferente. Quando eu perdi foi muito difícil, pra mim a vida se faz desde o início, na fecundação, com 12 semanas tá tudo formado, o coração batendo. Porém eu não condeno quem faz o aborto, até porque eu trabalho com violação dos direitos, com violência e muitas vezes chegam mulheres que foram estupradas e elas têm o direito por lei do aborto terapêutico até 20 semanas e se ela falar eu quero, tudo bem, eu ajudo ela a se preparar para aquele momento porque mesmo nesse caso não é fácil. É traumático, além de todo processo físico. Mas, dentro de mim é uma morte. Não vejo a mulher como assassina, mas eu considero uma morte. Eu, como psicóloga, não aconselho, eu não acho que é só o direito da mulher, tem o direito do bebê também (Lara, entrevista realizada em Setembro de 2013).

Aborto é um assunto que na minha cabeça ainda está desenvolvendo, para o feminismo desse século é visto como uma escolha da mulher, eu respeito muito. Eu acho muito perigoso o

<sup>81</sup> O modelo biomédico propaga que essa intervenção é altamente segura e que liberta às mulheres das dores e problemas relacionados ao parto normal. Em conflito com esse discurso, médicos vinculados ao movimento de humanização divulgam sistematicamente materiais que alertam dos perigos da cesária para a saúde das mulheres e das consequências que implicam aos seus corpos e à criança em médio e longo prazo. O movimento de humanização também acusa a vertente biomédica de trabalhar sob a lógica do medo e do risco em potencial.

governo e a religião proibirem, mas, depois de ter tido filho eu não consigo nunca imaginar o que seria isso, porque desde o primeiro momento eu sabia que estava grávida, antes de atrasar a menstruação. Então pra mim não, porque eu vejo a minha vida e a minha condição, mesmo independente do pai da criança, eu daria um jeito, mas eu acho muito importante a legalização por causa da saúde da mulher, muitas mulheres morrem fazendo o aborto, mas também acho bacana a mulher ter as informações sobre outras opções, a mulher precisa de apoio, o momento do aborto é muito complicado, tem a experiência do estupro, pode ser que a mulher não se sinta preparada psicologicamente, financeiramente então tem que ter apoio, é uma falha da sociedade não dar o apoio. E se a mulher nunca quis ter filhos também, eu não sou contra porque não é da minha conta ser contra, é da conta de cada uma. O importante é a saúde da mulher, então a ilegalização do aborto é muito perigosa (Ísis, entrevista realiza em Agosto de 2013).

Não acho que seja feminismo, eu acho que é uma questão de direito, de processo e de entendimento, eu sei que o parto natural é o melhor e eu escolho por ele. Eu acho que o movimento feminista vai mais contra esse processo natural, porque elas reivindicam muito mais coisas não naturais para as mulheres. Eu vejo o aborto com um crime. Não tem justificativa, nem quando são os casos que a lei prevê, mesmo assim não é viável, eu tive uma experiência muito ruim de uma mulher que estava grávida de 16 semanas, a gestação era inviável, havia ruptura de bolsa, ela fatalmente viria a óbito; o médico optou por induzir esse nascimento e a criança nasceu viva, 230 gramas, era inviável mas mesmo assim, pra mim foi terrível, não tem o que fazer, ele ali na sua frente e você esperando ele morrer. Mas independente do caso eu acho que a criança tem o direito dela, ela tem que viver o tempo que tiver que viver, não acho certo a intervenção (Ana, enfermeira obstetra que atende o Grupo Maternati, entrevista de Setembro de 2013).

O que podemos afirmar sobre as falas acima é que realmente existem aproximações e afastamentos com relação aos temas discutidos pelo feminismo. As mulheres do Grupo Maternati dialogam com esses assuntos, mas não se colocam o compromisso de encerrar suas reflexões de forma coerente. Elas fazem ponderações levando em consideração as suas experiências pessoais e percepções corporais. Parece ser relevante a questão de buscar mais direitos para as mulheres sem deixar de lado a saúde reprodutiva das mesmas. Os direitos dos bebês também são observados, impondo mais dilemas a esses temas tão difíceis de serem abordados.

Em contrapartida, é possível afirmar que ao passo que há uma tentativa bastante expressiva de afirmar os valores e práticas feministas, o movimento de humanização do parto, tendo as *doulas* como fortes interlocutoras, na realidade, apenas trocam o modelo de parto “correto” e não aceitam, de fato, que cada mulher faça a sua escolha. Antes de libertarem as mulheres (em sua pluralidade) das formas impositivas de vivenciar o parto, como divulgam atualmente, as aprisionam novamente em normatizações autoritárias e exteriores aos seus corpos e vontades. Sobre essa postura, realmente existente em grupos ligados ao movimento de humanização do parto (Tornquist, 2001; Fleischer, 2005), Lívia, *doula* do Grupo Maternati, declara:

Não existem fatores que indicam que o parto foi bem sucedido (tem ativista que diz ser o mais natural possível, mas pra mim isso é imprevisível). Existem muitas variáveis, eu não avalio dessa forma porque cada família tem uma história, cada mulher deseja e suporta um tipo de parto; e mesmo quando há mudança de planos, por exemplo, um parto domiciliar muito demorado que a mulher não aguenta mais e pede para ir ao hospital tomar analgesia e acaba tendo o bebê no centro cirúrgico, tudo bem, eu fico feliz da mesma forma. Mais importante é que a escolha dela seja respeitada. Já aconteceu também de tudo sair como o planejado, parto rápido e a mulher não ficar satisfeita porque o parto rápido é meio atropelado. Ao mesmo tempo que é bom porque não dá tempo do médico fazer intervenção e nem de ele chegar as vezes, para a mulher não dá tempo de entender o que está acontecendo. Teve um parto domiciliar que eu atendi que depois a mulher falou “O próximo eu vou ter no hospital... suja muito” (Lívia, *doula* do Grupo Maternati, entrevista realizada em Agosto, 2013).

Percebemos, portanto, que o discurso das *doulas* do Grupo Maternati inclui a possível contradição de que o parto humanizado possa não ser o mais adequado para todas as mulheres. Contudo, se elas lançam mão de vários discursos na tentativa de legitimar o parto natural, é porque hoje temos um contexto em que esse tipo de parto deixa de ser uma possibilidade para as mulheres que assim o querem; longe de impor uma visão única e prescritiva a respeito do parto humanizado (como uma nova tecnologia de parto), elas acreditam que ele sempre deva ser apresentado para as mulheres como a primeira e melhor opção. Enfim, é necessário sublinhar que, apesar de as *doulas* considerarem que o tipo de parto é uma escolha da mulher, elas realmente têm uma preferência pelo parto natural e humanizado principalmente porque acreditam que o seu trabalho (como *doulas* e como organizadoras de grupos como o Maternati) só tem sentido dentro desse ideário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões realizadas nesse trabalho foram orientadas pela experiência do Grupo Maternati desde o seu surgimento – inserido em um processo de demandas<sup>82</sup> já existentes na cidade de Maringá – até o momento atual, em que o Grupo mantém uma estrutura estável e autônoma, onde profissionais se organizam para oferecer serviços diferenciados com relação ao parto e a maternidade.

Na introdução, nossa proposta foi fazer uma apresentação do tema, destacando a forma como foi problematizada a discussão sobre o termo humanização, suas implicações para o surgimento de novas visões sobre o corpo feminino e o uso das tecnologias no momento do parto. Conhecemos um pouco das mulheres que buscam o parto humanizado e a importância dos discursos desse movimento para a formação dos grupos locais, que a um só tempo se apropriam desses conteúdos e fazem leituras próprias deles. Em seguida, falamos da metodologia da pesquisa, do trabalho de campo, das características do Grupo Maternati e dos sujeitos que fazem desse movimento uma forma de ação social e experiência personalizada.

Consequentemente, registramos a trajetória dos movimentos sociais que estiveram envolvidos com o tema da saúde das mulheres desde as décadas de 1970 e 1980 e que foram imprescindíveis no preparo de um terreno que posteriormente reuniria novos grupos e demandas em torno do que foi chamado movimento de humanização do parto e do nascimento.

O movimento feminista é um grupo de destaque na consolidação das discussões sobre assistência atribuída às mulheres durante a gestação e o parto e foi abordado não como um discurso coeso e único, mas em suas múltiplas apresentações que reforçam, legitimam e atribuem críticas ao movimento de humanização do parto. Esses feminismos assumem formas variadas, ora mais evidentes ora mais tênues, nas narrativas das mulheres que aderem ao projeto de parto humanizado por meio do Grupo Maternati.

O projeto do parto humanizado reuniu inúmeros profissionais e grupos de mulheres e, da década de 1990 em diante, esteve disseminado em muitas capitais do Brasil, mantendo um forte diálogo com as agências nacionais e internacionais de saúde. Essa é uma característica

---

<sup>82</sup> O primeiro grupo que discutiu coletivamente as propostas de humanização do parto na cidade de Maringá foi o Grupo Gesta. Iniciamos nossa pesquisa junto a esse Grupo, porém, logo no início do trabalho de campo este se dissolveu para, em um novo rearranjo, dar espaço para o Grupo Maternati. O Grupo Gesta ficou cerca de 10 meses sem realizar encontros, mas, no início de 2014, retomou suas atividades com outra *doula* na organização. Focamos nosso trabalho no Grupo Maternati, mas ressaltamos que ambos têm relevância e espaço na cidade. Além disso, muitas participantes do Grupo Maternati também frequentam o Grupo Gesta e as profissionais que realizam os partos domiciliares atendem a demanda dos dois grupos.



importante do movimento de humanização do parto: ao mesmo tempo em que é construído localmente, por grupos pequenos e situado em cidades distantes uma das outras, é também o resultado de tentativas de organizações mundiais em realizar uma mudança de práticas no que diz respeito à assistência obstétrica e à excessiva medicalização da vida reprodutiva das mulheres no mundo todo.

Seja o movimento de ampla atuação, seja um grupo regional como o Maternati, há, a partir deles, uma discussão crítica com relação aos conhecimentos mobilizados pela medicina. Em comum, eles não se colocam em oposição à tecnologia ligada ao parto como um todo; o que grande parte desses grupos pretende é ampliar a atuação das mulheres nas decisões sobre os seus processos de gestar e parir, bem como frear a intensa manipulação e interferência consideradas desnecessárias, que além de aumentar os custos da saúde pública e suplementar, não garante melhores resultados e satisfação pessoal com relação à experiência de parto para um número significativo de mulheres.

O que pudemos perceber ao longo do trabalho é que mais do que reunir discursos de resistência com relação à assistência obstétrica vigente, tal como ela foi organizada dentro no campo da medicina tradicional, o movimento de mulheres pela humanização do parto, aqui representado pelo Grupo Maternati, conduziu o debate para o âmbito individual, tornando-o um tema crucial para as suas próprias narrativas identitárias, experiências e elaboração de estilos de vida.

Os saberes que circulam tanto de forma global, como localmente, incitam reflexões e escolhas que mobilizam essas mulheres no questionamento de seus possíveis papéis, tanto durante a gestação e o parto (e na relação com a equipe médica) quanto em suas relações interpessoais com um todo, fazendo do Grupo Maternati um espaço de confidências, desabafos e medida de ponderação sobre temas e papéis que surgem também após o parto.

A partir do universo da humanização do parto é possível dizer que as mulheres que compõe o Grupo Maternati o tomam com referência para a construção de seus discursos de identificação, que consideramos nesse estudo como processos dinâmicos<sup>83</sup>, construídos a partir das relações sociais (e que podem ser também relações de poder) e que não guardam a obrigatoriedade de ser totalmente coerentes entre si.

Aliás, pudemos verificar que as mulheres envolvidas com a busca pelo parto humanizado, por mais que consolidem formações grupais, não são entre si homogêneas e não

---

<sup>83</sup> Esse dinamismo está relacionado aos quatro princípios, já explorados no trabalho, que oferecem a base para a produção das identidades, são eles: contextual, relacional, situacional e construtivista. Tais princípios manifestam-se como mediadores e recriadores culturais, inclusive de novos papéis sociais e compreensões de gênero.

compartilham irrestritamente dos mesmos discursos. Ao contrário, a participação no Grupo Maternati reflete o ideal de unificar os esforços dessas mulheres em planejar os seus próprios partos e desse ponto de vista elas são semelhantes.

Muito embora elas carreguem motivações e interesses que possam ser diferentes entre si, é possível traçar um perfil sociológico dessas participantes: elas pertencem às camadas médias, intelectualizadas e psicologizadas da cidade de Maringá. Possuem acesso irrestrito à internet e outros bens de consumo, são heterossexuais (é preciso ressaltar que durante a nossa pesquisa tivemos a participação de um casal homossexual de mulheres que foi acolhido no Grupo e que continua a frequentá-lo após o nascimento de sua filha), miscigenadas (com o predomínio de mulheres brancas) e compartilham de uma postura crítica diante de determinados regramentos sociais e discursos de saber e poder.

Uma característica atribuída aos grupos ligados à humanização do parto e que pudemos verificar no Grupo Maternati foi o planejamento dos filhos e o número reduzido deles. Considerando o lugar social que ocupam as participantes desses grupos, a saber, as camadas médias da cidade, vimos que cada bebê nascido a partir do Grupo, foi planejado e, ou eram filhos únicos ou tinham somente um irmão (quando perguntadas, as mulheres, no geral, diziam que pretendiam ter dois filhos).

Esse planejamento dos filhos nos remete a frase de Giddens (2002, p. 202): “O ‘fim da reprodução como destino’ está ligado ao ‘fim da natureza’”. Nesse sentido, toda a problematização sobre a assistência ao parto e a visão do parto como experiência, podem ser vistos como processos de “socialização da natureza”, onde o mundo natural é marcado e construído pelo mundo humano.

A partir dessa lógica, a valorização da natureza no parto ou a defesa do parto natural, se tornam discursos simbólicos com intenções e interesses de âmbito pessoal e coletivo, geralmente comprometidos com a ressignificação positiva tanto do parto, como da maternidade (temas levantados por grupos feministas) e com valores que adentram outros processos de formação de identidades para os envolvidos.

Após o parto (tenha ele sido natural, normal ou cesária) algumas das mulheres do Grupo mantiveram-se empenhadas na busca de outras referências identitárias para o exercício de suas maternidades. Tais caminhos não são generalizáveis e demandariam um estudo mais aprofundado acerca das trajetórias individuais das participantes para serem melhor compreendidos.

Como vimos no decorrer do trabalho, o Grupo Maternati, tanto quanto as mulheres que o integram, também reelabora suas identidades constantemente, incluindo as novas demandas em seus serviços e reuniões. Por meio do trabalho de campo pudemos perceber algumas das possibilidades para essas novas identificações, pensadas a partir do projeto de parto humanizado, são elas: a amamentação em livre demanda, uso de terapias alternativas e homeopáticas, interesse por pedagogias como a Waldorf e a Montessori, organização de cuidados coletivos dos bebês, busca de alimentação saudável (vegetariana, vegana, biomassa), necessidade de vínculo próximo com o bebê, negação da padronização quanto às etapas do desenvolvimento físico e emocional da criança (sempre orientadas por estudos científicos), entre outras características, que são também demarcadores de diferença com relação a outros grupos de mães e mulheres.

O uso indiscriminado de intervenções na prática obstétrica mobilizou mulheres que lutam por uma experiência de parto individual e ressignificada, diferente dos modelos historicamente construídos e reproduzidos socialmente. Nesse contexto, a escolha pelo parto humanizado implica na busca por conhecimentos e na preparação pessoal, que por um lado dialoga com vertentes críticas da medicina – o empoderamento social adquirido através de informações e trocas coletivas – e, por outro, alude a experiências ligadas à “natureza” ou a conexão com o “natural”. Ambos os discursos podem ser vistos como caminhos que ampliam a possibilidade de criação de estilos de vida.

Sendo assim, procuramos deixar de lado o possível determinismo biológico que a ideia de parto natural possa transmitir para darmos destaque ao aspecto relacional das definições normativas ligadas ao parto humanizado. Vimos que a busca pelo parto nesse contexto é uma atitude concretizada em grupo e que os envolvidos apropriam-se de diferentes discursos de acordo com os seus interesses, de modo que aquilo que é considerado adequado para cada um deles é uma criação social. Esse olhar, de certa forma, questiona a distinção entre natureza e cultura, temas que dentro do projeto de parto humanizado possuem limites fluídos e sempre passíveis de manipulação.

Trouxemos também para a pesquisa uma discussão sobre o termo empoderamento, conceito nativo, teórico e historicamente ligado aos movimentos feministas. Procuramos apresentar as características teóricas do conceito de empoderamento em diferentes grupos sociais, visando relacioná-las com os usos que as mulheres do Grupo Maternati fazem dele durante os seus processos de busca pelo parto humanizado.

Para além da pluralidade de significados, vimos, por um lado, que o discurso do empoderamento pode configurar-se como uma estratégia de ação para grupos que sentem que suas experiências estão sendo determinadas por forças exógenas e autoritárias, impondo limites a sua autonomia, singularidade e liberdade (nesse caso o termo possui uma dimensão política, pois dialoga com os sistemas culturais buscando transformá-los). Some-se a isso o fato de o empoderamento manifestar-se também como um sentimento de autoconfiança e coragem para enfrentar normas de condutas, papéis e regras institucionais; por outro lado, porém, o empoderamento pode ser uma retórica ineficaz por carregar limitação práticas e restritas a uma parcela de mulheres, *doulas* e profissionais ligados à humanização e por não alcançar o “sistema obstétrico” como um todo.

Do processo de construção das identidades, o empoderamento é um discurso estratégico que traz em si identificações que priorizam, ao nosso ver, valores como o respeito, a integralidade corporal, a experiência personalizada e as escolhas ligadas ao estilo de vida. Além disso, podemos pensar que a identificação com uma “naturalidade” ou “fisiologia” ligadas aos processos de parto estão sendo articuladas como uma resistência em relação ao discurso e a prática mobilizada pela medicina atual no momento do parto.

Além disso, podemos afirmar que nas entrelinhas dos discursos sobre o parto natural é possível ver uma tentativa de mudança cultural com relação à assistência ao parto, a fim de que novos agentes (*doulas*, enfermeiras obstétricas, médicas e médicos “humanizados”, obstetrias) adentrem esses espaços, dividindo com a mulher que vai parir as decisões e também a responsabilidade sobre as escolhas feitas durante o parto.

Retomando o conceito de “campo de possibilidades”, proposto por Velho (2003), podemos pensar em como os discursos do movimento de humanização do parto são incorporados de formas distintas pelas mulheres do Grupo Maternati, de acordo com os seus projetos individuais. Apesar de haver um discurso majoritário dentro Grupo (como a preferência pelo parto natural), no qual não percebemos grandes discordâncias, ainda há a possibilidade de as mulheres se identificarem mais com um discurso do que com outro. Essas mulheres apropriam-se desses conteúdos, acionando ou retendo determinados elementos de forma contextual e de acordo com as situações e os interesses do momento.

Segundo Giddens (2002), o “projeto reflexivo do eu” e a atitude crítica associada à modernidade estende-se ao corpo (portador de identidades) que passa a ser um dos principais caminhos para a constituição de estilos de vida e de sua decorrente tomada de decisões. Essas

escolhas podem, em contrapartida, voltar-se aos sistemas especializados reorientando seus discursos e relativizando suas práticas.

Se considerarmos o movimento de humanização do parto (e suas vertentes feministas, ecológicas e médicas) como àquele que iniciou um processo de reapropriação dos discursos corporais relacionados à gestação e ao parto, podemos ver nele uma dimensão política, reforçada pelos grupos. “A apropriação reflexiva dos processos de desenvolvimentos corporais impede de tomar o corpo como uma entidade fisiológica fixa, mas o torna profundamente implicado na reflexividade da modernidade” (Giddens *apud* Gomes; Almeida; Vaz, p. 313, 2009).

Por outro lado, a busca de informações pelos sujeitos, a reflexividade e a atitude crítica com relação ao que é apresentado socialmente pode trazer para a experiência do parto humanizado certos valores que correspondem a critérios individuais e cujas representações derivam dos próprios sujeitos envolvidos.

Todavia é preciso ponderar que as posturas críticas em relação ao sistema obstétrico atual, analisadas neste trabalho, posições consideradas como “mais informadas e conscientes” por seus interlocutores, podem ter como consequência certo sectarismo que divide os grupos entre aqueles que se sentem pertencentes e aqueles que não se identificam com tais questões. Não obstante essa crítica, a divergência não retira a importância do movimento de humanização do parto e de grupos como o Maternati, já que sem eles o imperativo tecnológico da medicina atual deixa de ser problematizado e passa a ser a única possibilidade para os partos em nossa época.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Carla L. H.; BRASILEIRO, Marislei. *Vernix caseoso: sujeira ou proteção?* endereço eletrônico: paulomargotto.com.br/documentos/vernix%20caseoso.pdf, acesso em outubro de 2014.
- AGIER, Michel. *Distúrbios identitários em tempos de globalização*. Mana, vol. 7, n.2, pp. 7-33, 2001.
- ARMELLINI, Cláudia Junqueira; LUZ, Anna Maria H. *ACOLHIMENTO: a percepção das mulheres na trajetória da parturição*. Revista Gaúcha de enfermagem 24 (3): 305-15, Porto Alegre (RS), 2003.
- BALASKAS, Janet. *Parto Ativo: Guia Prático para o Parto Natural*. São Paulo: Ground, 2012.
- BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- BAUMAN, Zygmunt. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BRAH, Avtar. *Diferença, diversidade, diferenciação*. Cadernos Pagu, v.26, p. 329-376, 2006.
- BRENES, Anayansi Correa. *História da parturição no Brasil, século XIX*. Cadernos de saúde pública, vol.7, n.6. Rio de Janeiro Abril/Junho, 1991.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Feminismos e maternidade: (des)encontros e (re)significados. Subjetividades maternas e feministas em questão*. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, 2001.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto*. Anpocs - Caxambu, MG, 2010.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Cenas do parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese de doutorado, Unicamp, 2011.
- CARNEIRO, Rosamaria. *Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade*. Interface-Comunicação, saúde, educação, v.17, n.44, p.49-59, 2013.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever*. In: O trabalho do antropólogo. São Paulo: unesp, Paralelo 15, 1998
- CASTRO, Mírian Rêgo de. *Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiências de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto*. Tese de doutorado – Escola de enfermagem da USP, São Paulo, 2014.

- CARVALHO, Sérgio R. *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 20 (4), 2004.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, Denise. *Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir da perspectiva crítico-social pós-estruturalista*. Ciência e Saúde Coletiva, 13 (2), 2008.
- CHIZZOTI, Antonio. *A pesquisa qualitativa em pesquisa humanas e sociais: evoluções e desafios*. Revista portuguesa de educação, vol.16, n.02, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2003.
- CORREIA, Luís Cláudio. *A história da medicina baseada em evidências*. Artigo digital blog: [medicinabaseadaemevidencia.blogspot.br](http://medicinabaseadaemevidencia.blogspot.br) (acesso em agosto de 2014), UFBA, abril de 2012.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. *Culture and Birth: the technocratic imperative*. International journal of childbirth education, vol.9, n.02, p.6-7, 1994.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. *The Technocratic, Humanistic and Holistic paradigms of childbirth*. Journal of gynecology and obstetrics, vol 75, supplement 1, p.5-23, November, 2001.
- DESLANDES; GOMES; MINAYO. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Maria Cecília de Souza Minayo (org.). 31. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- DIAS, M. A. B. *et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro*. Ciência & Saúde Coletiva, 13 (5), p. 1521-1534, 2008.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 1996.
- DINIZ, Simone Grilo. *Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta*. In: Saúde das mulheres. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. SP, 2000.
- DINIZ, Carmem Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2001.

- DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. *Dossiê humanização do parto*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.
- DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou cesária: o que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: editora Unesp, 2004.
- DINIZ, Simone Grilo. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3). São Paulo, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, Simone Grilo. *O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso*. *Interface- Comunicação, saúde, educação*, vol.18, n.48, p.217-220, 2014.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira e outros. *Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate*. In: *Cadernos de Saúde Pública*, n. 20, Rio de Janeiro, 2004.
- DUARTE, Rosália. *Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo*. *Cadernos de Pesquisa* n. 115, PUC/Departamento de educação. Rio de Janeiro, 2002.
- FEYER, Iara S. S.; MONTICELLI, Marisa; KNOBEL, Roxana. *Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas*. Abril/Junho, 2013.
- FIOCRUZ. *Nascer no Brasil: sumário executivo técnico da pesquisa*. Editorial M. C. Leal; S. G. N., Gama. Fiocruz/Capes, Rio de Janeiro, 2014.
- FLEISCHER, Soraya. *Doulas como amortecedores afetivos: notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto*. *Ciências Sociais - Unisinos*, São Leopoldo, vol. 41, n.1, p. 11-22, janeiro/abril, 2005.
- FLEISCHER, Soraya. *Quem exotiza quem? Batidores Metodológicos do encontro de uma antropóloga e um grupo de doulas*. *Barbarói – revista do departamento de ciências humanas e do departamento de psicologia*, número 25 - UNISC, 2006.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1993.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I. Da vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2006.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade III. Cuidado de si*. São Paulo: Graal, 2004.
- GIDDENS, Antony. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro, Zahar, 2002.
- GIDDENS, Antony; Ulrich, Beck; Scott Lasch. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.
- HALL, Stuart. *Identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro, 2011.



- HALL, Stuart. *Quem precisa da identidade?* In: Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais, Silva (org.), Petrópolis: Vozes, 2014.
- INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO. *Nascer no Brasil: sumário executivo técnico da pesquisa*. Editorial M. C. Leal; S. G. N., Gama. Fiocruz/Capes, Rio de Janeiro, 2014.
- JORDAN, Brigitte. *The Hut and the Hospital: information, power and symbolism in the artifacts of birth*. Birth 14:1, March, 1987.
- KITZINGER, Sheila. *Mães, um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, Martins Fontes, 1978.
- KITZINGER, Sheila. *A experiência de dar à luz*. Martins Fontes, 1987.
- LEBOYER, Frederick. *Nascer sorrindo*. São Paulo: Ground, 1981.
- LEÓN, Magdalena (org.). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo, 1997.
- LEÓN, Magdalena. *Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder*, versão da introdução do livro: *Poder y empoderamiento de las mujeres*, 1997.
- LISBOA, Teresa Kleba. *O empoderamento como processo político de conquista da cidadania e de inclusão social das mulheres*. In: Leituras de resistência: corpo, violência e poder. (org.) Carmem Susana Tornquist et al – Florianópolis: Ed. Mulheres, p. 229-310, 2009.
- LOURENÇO, Sandra. *Gênero: acepções e considerações*. Revista Capital Científico: Guarapuava/Paraná, volume 2, nº 1, p.65-78, Jan/Dez. 2004.
- LUNA, Naara. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. (Resenha da obra *Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético*, de Tânia Salém). Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- MACHADO, Lia Zanota. *Feminismo, academia e interdisciplinariedade*. In: COSTA, A.; BRUSCHINI, C. (org.) *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro; São Paulo: Rosa dos Tempos; Fundação Carlos Chagas, 1992.
- MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MAIA, Mônica Bara. *HUMANIZAÇÃO DO PARTO: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

- MENDONÇA, Sara Souza. *Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto*. Dissertação de mestrado, Niterói, 2013.
- MENDONÇA, Sara Souza. *Uma análise das denúncias a uma maternidade pública humanizada: dilemas da humanização*. Artigo apresentado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia, Natal (RN), agosto, 2014.
- MERONI, Fabrizio. Identidade sexual e ideologia de gênero. In: CERQUEIRA, E. K. (org.) *Sexualidade, gênero e desafios bioéticos*. São Caetano do Sul: São Paulo: Difusão Editora; Amazonas: CBAM – Centro de Bioética da Amazonia, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de assistência integral à saúde da mulher*. Brasília, DF, 1983.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à saúde*. Secretaria de políticas de saúde, área técnica da mulher. Brasília, DF, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Secretaria de atenção à saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2005a.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005*. Garantir as parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e o pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União; Poder executivo, 2005b.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da saúde, 2011a.
- SWAIN, Tania Navarro. Feminismo, corpo e sexualidade. In: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAA6yQAJ/quem-tem-medo-foucault-feminismo-corpo-sexualidade> acesso em 15/10/2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual prático para a implementação do Rede Cegonha*. Secretaria de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- OSIS, Maria José Martins Duarte. *PAISM: um marco na abordagem a saúde reprodutiva no Brasil*, cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, nº 14 (supl.1): 25-32, 1998.
- PACIORNIK, Moisés. *Aprenda a nascer com os índios: Parto de cócoras*. Editora Brasiliense, 1983.
- PEIRANO, Marisa. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- PEIRANO, Marisa. *Alteridade em contexto: o caso do Brasil*. In: A teoria vivida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

- PEIRANO, Mariza. *Etnografia, ou a teoria vivida*. Ponto Urbe – revista de antropologia urbana da USP, ano 2, versão 2.0, fevereiro de 2008.
- PULHEZ, Mariana. *Reflexões sobre práticas de maternidade ativa*. Artigo publicado na 29ª Reunião Brasileira de Antropologia. Natal (RN), agosto, 2014.
- PRIORE, Mary del. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. São Paulo: editora UNESP, 2009.
- PRIORE, Mary del. *Magia e Medicina na Colônia: O corpo feminino*. In: PRIORE, Mary del (org.). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto e Editora UNESP, 1997. pp. 78-114.
- PRITCHARD, Evans. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Zahar editores, Rio de Janeiro, 1978.
- RAGO, Margareth. *Feminismo e Subjetividade em Tempos Pós-Modernos*. In: Lima, C. C. e Schmidt, S. P. (orgs.), *Poéticas e Políticas Feministas*. Florianópolis, Editora das Mulheres, 2004.
- RAGO, Margareth. *Feminizar é preciso. Por uma cultura filógena, São Paulo em Perspectiva*, Revista da fundação Seade, vol.15, nº 3, jul-set. de 2001, pp. 58-66.
- RODHEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- SAFFIOTI, Heleieth. *Novas perspectivas metodológicas de investigação das relações de gênero*. In: SILVA, M. A. M. (Org.) *Mulher em Seis Tempos*, Araraquara, Gráfica da FCL - UNESP, 1989-90.
- SALÉM, Tânia. *Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético*. Tese de doutorado em Antropologia Social do Museu Nacional - UFRJ. Rio de Janeiro, 1987.
- SCAVONE, Lucila. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e Ciências Sociais*. São Paulo: editora UNESP, 2004.
- SCAVONE, Lucila. *A maternidade e o feminismo: diálogo com as Ciências Sociais*. Cadernos Pagu, vol. 16, p. 137-150, 2001.
- SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação e Realidade, n.16, v.2, p.5-22, 1990.
- SILVA, Tomaz Tadeu da. (org.) Stuart Hall, Kathryn Woodward. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

- SILVA, Wagner Gonçalves da. *O antropólogo e sua magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras*. São Paulo: Edusp, 2000.
- SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B. *Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher*. Cadernos de Ciência, Cuidado e Saúde, 11:115-120, 2012.
- SOUZA, Heloísa Regina. *A arte de nascer em casa: um olhar sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. Dissertação de mestrado, UFSC, 2005.
- TORNQUIST, Carmem S. *Humanização do parto: entrevista com Robbie-Davis Floyd*. Revista estudos feministas, vol. 10, n.2. Florianópolis: UFSC, 2002.
- TORNQUIST, Carmem S. *Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. Revista estudos femininos, vol. 10, n.2. Florianópolis: UFSC, 2002.
- TORNQUIST, Carmem S. *Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de doutorado, UFSC, 2004.
- TORNQUIST, Carmem S. *O parto humanizado e a REHUNA*. NPMS – Encontro Movimentos Sociais, Participação e Democracia, UFSC, Florianópolis, abril de 2007.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1. Ed. – 21. Reimpr. – São Paulo: Atlas, 2012.
- VELHO, Gilberto. *Um antropólogo na cidade: ensaios de antropologia urbana*. Viana; Kuschnir; Castro (orgs.), Rio de Janeiro, Zahar, 2013.
- VILLELA, Wilza V.; ARILHA, Margareth. *Sexualidade, gênero e direitos reprodutivos* In: Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil, Elza Berquó (org.). Campinas: editora da Unicamp, 2003.
- WOODWARD, Kathryn. *Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual* In: Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais, Silva (org.), Petrópolis: Vozes, 2014.

**REFERÊNCIAS AUDIOVISUAIS**

- *BABIES*. Direção: Thomas Balmes, 2010.
- *BIRTH DAY*. Direção: Naoli Vinaver, México, 2007.
- *BIRTH STORY: INA MAY GASKIN AND THE FARM MIDWIVES*. Direção: Sara Lamm e Mary Wigmore, EUA, 2013.
- *FREEDOM FOR BIRTH*. Direção: Toni Harman, 2012.
- *NASCENDO NO BRASIL*. Direção: Carla Biasucci, Brasil, 2008.
- *ORGASMITH BIRTH*. Direção: Debre-Pascali, EUA, 2009.
- *O RENASCIMENTO DO PARTO*. Direção: Eduardo Chauvet, 2013.
- *THE BUSINESS OF THE BEING BORN*. Direção: Ricki Lake, 2008.