

HELOISA REGINA SOUZA

A ARTE DE NASCER EM CASA:

**Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto
domiciliar contemporâneo**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Antropologia Social da
Universidade Federal de Santa Catarina

Orientador:
Rafael José de Menezes Bastos

Florianópolis, Santa Catarina, fevereiro de 2005.

RESUMO

Este estudo realiza uma etnografia dos ritos domiciliares de parto e nascimento realizados atualmente em Florianópolis. A retomada do ambiente doméstico como lugar ideal para o nascimento insere-se em um contexto mais abrangente no qual os ritos engendrados a partir da medicalização do parto estão sendo debatidos e contestados. Tomando como eixo analítico os aspectos éticos e estéticos dos ritos de parto domiciliar, este estudo evidencia uma revalorização do ambiente doméstico como espaço de sociabilidade. Estes ritos articulam-se com novas formas de espiritualidade e vivência terapêutica e vêm desenhando novas teias de significado em torno da parturição. O material etnográfico privilegiado neste estudo constituiu-se de entrevistas realizadas com seus praticantes.

ABSTRACT

This is an ethnography of the home birth rites taking place in Florianópolis nowadays. The retake of domestic environment as the ideal place for birth is inserted in a wider context on which the rites begotten from the medicalization of birth are debated and questioned. Taking as analytic axis the ethical and esthetical aspects of the domestic birth rites, this study evidences a revaluating of domestic environment as a space of sociability. These rites articulate with new forms of spirituality and therapeutic experience and draw new webs of significance relating birth labor. The privileged ethnographic material in this study is constituted of interviews with its practitioners.

AGRADECIMENTOS

Não há metáforas melhores para descrever a confecção deste trabalho do que a gravidez, a gestação e, enfim, o parto. Elas expressam bem os desafios do processo criativo e certamente tanto artistas quanto pesquisadores interessados em diferentes temas já sentiram a força destas metáforas, quando diante da tarefa de pesquisar e enfim produzir uma etnografia, um texto científico, uma obra de arte. Muitas pessoas queridas me acompanharam nesse percurso, me incentivando e participando deste processo. Deixo a elas meu agradecimento:

Especialmente ao professor Rafael Bastos, meu orientador, que, como um experiente parteiro, ajudou-me a fazer vir à luz este trabalho. Obrigado pela presença amiga durante todo o processo de elaboração deste estudo, me incentivando e ensinando preciosíssimas lições sobre a arte de fazer antropologia.

Minha gratidão especial para Bernardo, grande companheiro e amigo que participou comigo de todo este processo, revelando-se um interlocutor imprescindível. Obrigado pela paciência, pelo carinho, por cuidar de mim e me encorajar sempre a seguir adiante.

Aos meus pais e familiares que embora distantes estiveram sempre próximos. Por terem me ensinado o gosto pelos estudos e principalmente pela amizade e pelo apoio.

Aos amigos Sabrina e Kleber pela nossa relação de vizinhança tão prazenteira e solidária. Sou grata pelo carinho e por nossa cumplicidade na vida acadêmica e cotidiana.

À Isabel Régis, minha professora de Psicologia Diferencial, que me introduziu nos “mistérios do parto” quando eu ainda era estudante de psicologia. Obrigado por acompanhar meus passos e enriquecer esta pesquisa com sua experiência de vida e de profissão.

À Carmen Susana Tornquist, pela amizade e generosidade com que disponibilizou materiais e dados para esta pesquisa e por compartilhar comigo o gosto pelo estudo do parto e do nascimento.

Aos colegas do MUSA – *Núcleo de Estudos de Arte, Cultura e Sociedade na América Latina e no Caribe* - que acompanharam a trajetória dessa pesquisa desde o início como interlocutores e amigos.

Aos amigos da turma de mestrado do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFSC, pela amizade e cumplicidade nos momentos mais difíceis e também naqueles agradáveis e festeiros sem os quais a vida acadêmica fica sem graça.

Aos professores Alberto Groisman e Sônia Maluf, que participaram da qualificação do projeto desta pesquisa, pelas importantes sugestões.

Agradeço também à coordenação do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do Hospital Universitário da UFSC e aos casais e mulheres que participaram dele quando realizei minha observação participante, que foi tão rica para fortalecer a perspectiva comparativa deste estudo.

E por fim, à todos os informantes que participaram desta pesquisa: parteiras e parteiros, mulheres e casais. Agradeço pela solicitude com que me receberam em suas casas e por compartilharem comigo suas histórias de vida. O sigilo de suas identidades impede-me de citá-los nominalmente, por isso guardo seus nomes e uso pseudônimos, mas fica registrado aqui meu sincero reconhecimento e respeito. Especialmente àquela que aqui chamo de Clara, pela receptividade e disposição com que me recebeu e pelas longas conversas que tivemos em sua casa naquelas tardes chuvosas e frias do precoce inverno dos meses de abril e maio de 2004.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
Capítulo um	
RITOS DE PARTO E NASCIMENTO EM DEBATE NA CONTEMPORANEIDADE	18
1.1. Da casa ao hospital : cenas da medicalização do parto.....	21
1.2. Novas propostas para a assistência ao parto.....	29
1.3. A contracultura e as vanguardas obstétricas dos anos 60 e 70.....	42
1.4. O casal grávido.....	53
1.5. Revitalizando o parto doméstico.....	56
Capítulo dois	
O ENCONTRO ETNOGRÁFICO.....	61
2.1. Trajetórias e encontros: construindo o objeto da pesquisa.....	61
2.2. Estranhando o familiar.....	65
2.3. Seguindo os nativos.....	68
2.4. Quem faz parto domiciliar?.....	74
2.5. O contraponto comparativo : casais grávidos do HU.....	80
Capítulo três	
A BELEZA DE NASCER EM CASA.....	84
3.1. Parteiros e parteiras urbanos em Florianópolis.....	84
3.2. Preparando-se juntos para o parto.....	88
3.3. Loucos, hippies e caipiras... ..	93
3.4. A lógica do doméstico.....	97
3.5. No ritmo da natureza.....	101
3.6. As marcas do nascimento.....	105
3.7. Imagens do feminino.....	110
3.8. O numinoso.....	114
3.9. Dos cheiros, dos líquidos e das substâncias vitais.....	116
3.10. Parto humanizado e parto domiciliar: fronteiras e diálogos.....	118
NOTAS CONCLUSIVAS.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	139
BIBLIOGRAFIA NATIVA.....	147
ANEXO 1.....	148
ANEXO 2.....	151
ANEXO 3.....	153

INTRODUÇÃO

Dar à luz em casa, nas grandes cidades brasileiras, vem se tornando uma opção para algumas mulheres e famílias, principalmente de camadas médias. São pequenas coletividades urbanas que se organizam em função do parto e nascimento dos filhos, dispensando em alguns casos a presença de especialistas como obstetras, enfermeiras, pediatras e anestesistas, que durante a modernidade se consolidaram como profissionais em torno destes eventos. Além disso, há uma grande preocupação nesses grupos em realizar o parto da maneira mais “natural” possível e de forma independente das instituições hospitalares.

A casa como lugar de nascimento volta, então, a fazer parte do cenário urbano contemporâneo. Trata-se, contudo, não apenas de uma mudança de endereço, mas de uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos quanto à maneira de dar à luz que vêm sendo tecidas no seio destas coletividades.

Em Florianópolis, a procura pelo chamado *parto domiciliar* vem acontecendo desde fins da década de 70, e atualmente há um número crescente de pessoas que oferece este tipo de atendimento. Contudo, não são às velhas parteiras de outrora que se recorre para amparar mães e bebês nascidos em casa. Estas, apesar de ainda gozarem de grande prestígio nas comunidades pesqueiras do interior da ilha, praticamente não exercem mais o ofício de partejar, proibido desde meados do século XIX, como aconteceu em muitos lugares do mundo, a partir da ascensão da medicina científica.

Hoje é possível recorrer a homens e mulheres de grupos urbanos, da área médica ou não que, como mostrarei, vêm reinventando este ofício tradicional e cuja “especialidade” procura se diferenciar dos moldes clássicos fornecidos pela medicina ocidental e

aproximar-se daquelas formas mais tradicionais, bem como de outras medicinas, como as orientais (chinesas e japonesas) e as medicinas “doces” ocidentais (como a homeopatia, os florais de Bach e a acupuntura), ou buscar inspiração em práticas e sistemas de crenças indígenas. Para marcar esta diferença, entre as parteiras tradicionais e os atendentes de parto que vêm surgindo atualmente, doravante vou me referir a estes últimos como *parteiros e parteiras urbanos*.

Além disso, há casos em que apenas o casal realiza o parto. A denominação nativa para este tipo de parto é *parto natural e independente*. Os cuidados cotidianos com o corpo e com a alimentação aparecem como especialmente relevantes nestes grupos, sendo considerados elementos fundamentais pra a construção de um corpo “saudável”, capaz de gestar e parir de forma “independente” dos hospitais e dos especialistas médicos.

A ausência de médicos em alguns ritos não deve ser compreendida como uma falta, nem significa que estes eventos sejam tratados como banais ou com descuido. Ao contrário, tudo é planejado com antecedência e nos mínimos detalhes: o ambiente, o material necessário, a preparação conjunta da mulher, do companheiro, do bebê, do atendente e de outras pessoas do círculo de parentesco ou amizade que podem também estar envolvidas no parto. Contando ou não com um auxiliar para o parto, o envolvimento afetivo e a intimidade entre os participantes desponta como uma característica central das práticas de parto domiciliar.

À guisa de introdução, vale ressaltar que estamos diante de um fenômeno que, em larga medida, se articula com a emergência de novas formas de espiritualidade e de práticas terapêuticas não-convencionais que surgiram no final do milênio em vários países ocidentais. Caracterizada pela confluência de diferentes tradições esotéricas e místicas orientais e ocidentais e por uma ampla variedade de disciplinas terapêuticas e

psicoterapêuticas, nutricionais, corporais e espirituais, esta reconfiguração do campo terapêutico e religioso surge no contexto brasileiro a partir da década de 80, nos grandes centros urbanos, principalmente entre camadas médias (Maluf, 2003; Magnani, 1999).

Tais práticas e sua articulação com o parto vêm desenhando novas teias de significado em torno do nascimento. Neste trabalho, tomo o parto domiciliar atualmente realizado em Florianópolis bem como as práticas e significações tecidas em torno dele como essencialmente rituais, objetivando trazer para a discussão algumas de suas características e de suas relações com outras formas de parturição presentes no cenário atual.

Os estudos sobre rituais na antropologia sempre enfatizaram as fortes relações entre os ritos e um contexto sempre peculiar de relações sociais, bem como a maneira expressiva, dramática, performática e comunicativa através das quais os ritos veiculam estas relações.

Contudo, os modelos explicativos utilizados nas análises antropológicas sobre ritos de nascimento e parto nem sempre se mostraram frutíferos para a análise do parto domiciliar. Este conjuga vários aspectos da socialidade contemporânea que não podem ser facilmente reduzidos aos modelos utilizados para a análise do parto tradicional, nem aquelas que se referem a medicalização do parto, ou mesmo às propostas institucionais mais recentes de reformulação dos ritos médicos, voltadas para a “humanização” do parto e do nascimento. Os praticantes de parto domiciliar parecem conjugar elementos destes vários sistemas de atenção ao parto, além de introduzir outros novos.

Vale lembrar que, desde *Les Rites de Passage*, obra clássica de Arnold Van Gennep, publicada em 1909, os rituais de parto e nascimento nos estudos antropológicos vêm sendo abordados como ritos de passagem. Considerando que a vida, em qualquer sociedade, envolve uma série de passagens de uma posição social a outra, Van Gennep viu

as cerimônias como etapas de um ciclo que se deseja marcar e revelar. Os ritos facilitariam, então, as transições de *status* dos indivíduos no ciclo vital. Do ponto de vista do autor, os ritos associados à gravidez, nascimento e parto facilitariam, então, “passagens” tanto na vida da mulher para a condição de mãe, quanto do homem para a condição de pai, e do bebê para a condição de ser social (nem sempre no momento mesmo do parto).

Esta é certamente uma das dimensões importantes desses ritos. Contudo, gostaria de ressaltar que para os fins deste estudo, não estou restringindo a análise dos ritos de nascimento e parto estritamente como ritos de passagem, como tem sido preponderante nos estudos antropológicos recentes sobre o tema (Jordan, 1993; Davis-Floyd, 1992; Hotimsky, 2001; Tornquist, 2004). Isto porque as etapas clássicas de “separação”, “liminaridade” e “agregação”¹ que Van Gennep considerava como invariantes nos rituais de passagem, não me pareceram nítidas no contexto dos ritos de nascimento e parto domiciliares, nem frutíferas para a compreensão dos mesmos, principalmente naquilo que se refere à fase de “separação”.

No caso desses rituais parece-me que esta fase - que segundo Van Gennep seria marcada fundamentalmente por uma espécie de *reclusão*² - é substituída por uma espécie de trabalho de “aproximação” entre indivíduos anteriormente separados, através de uma preocupação bastante presente na rede de pessoas investigada em estabelecer vínculos afetivos e comunicativos entre os participantes do parto durante o período da gravidez.

Esta vinculação afetiva e comunicativa, que é expressa muitas vezes como uma busca por “intimidade”, parece ser uma característica presente não apenas nos ritos

¹ Estas etapas foram resgatadas, desenvolvidas e popularizadas nos estudos antropológicos modernos principalmente por Victor Turner (1978).

² Como por exemplo entre os Oraibi do Arizona, em que a mulher grávida é separada das outras mulheres, sendo reintegrada somente após o parto (Van Gennep 1978: 54)

preparatórios, aparecendo também intensivamente durante o parto e diminuindo de intensidade apenas no pós-parto, sem perder, contudo, em importância enquanto valor ético fundamental para a vida cotidiana destas pessoas.

Todas as fases dos ritos de nascimento e parto domiciliares (preparação, parto e pós-parto) podem ser entendidas como objetivando a construção de um estado de “*communitas*”, ou de um “nós comunitário”, que tem seu ápice no momento do parto. Contudo, esta *communitas* deve ser entendida não como só como a manifestação de uma forte e singular coletivização, como afirmava Turner (1978), mas como a manifestação tanto da coletividade quanto da individualidade.

Da Matta (2000) fez observações semelhantes a respeito dos ritos carnavalescos brasileiros. Segundo o autor, o carnaval se caracteriza por ser um momento especial, demarcado por uma festa que, simultaneamente, salienta o coletivo e o individual e não a manifestação de uma “antiestrutura” ou de algum sentimento destinado a *negar* a sociedade.

Considero, então, que uma dimensão abrangente para a análise dos ritos de nascimento e parto domiciliares pode ser aberta quando, seguindo a intuição de Durkheim (1996), vemos neles “a sociedade em ato”, ou seja, quando percebemos que toda uma visão de mundo é revelada e criada através deles. Como assinala Peirano (2001:8): “*Focalizar rituais é tratar da ação social. Se esta ação se realiza no contexto de visões de mundo partilhadas, então a comunicação entre indivíduos deixa entrever classificações implícitas entre seres humanos, humanos e natureza, humanos e deuses (ou demônios), por exemplo*”.

Nesta perspectiva, entendo que os ritos de parto e nascimento revelam mais do que as formas através das quais um grupo lida com as transições de posição social em seu

interior, eles realizam todo um conjunto de posturas diante do mundo que inclui valores, crenças e sentimentos compartilhados.³

Segundo Peirano, tanto eventos ordinários como eventos críticos e rituais partilham de uma mesma natureza similar, mas os últimos são mais estáveis, há uma ordem que os estrutura, um sentido de propósito que é coletivo, e uma percepção de que eles são diferentes dos primeiros. Assim, rituais são tipos especiais de eventos, mais formalizados e estereotipados e portanto mais suscetíveis à análise porque já recortados em termos nativos, enquanto eventos em geral são, por princípio, mais vulneráveis ao acaso e ao imponderável.

Vale insistir, contudo, como já assinalou da Matta (1997), que o mundo do ritual é totalmente relativo ao cotidiano. O que os ritos e eventos críticos fazem é ampliar, focalizar, por em relevo o que já é usual na sociedade. Talvez por esta razão Da Matta (1997:29) sublinhe que *“é como se o domínio ritual fosse uma região privilegiada para se penetrar no coração cultural de uma sociedade”*.

A partir da imersão no constante diálogo com as teorias nativas e antropológicas, a investigação dos aspectos éticos e estéticos da socialidade nos ritos de parto domiciliares emergiu como um eixo analítico proveitoso. Isto porque tudo que no parto domiciliar diz respeito ao “cuidado de si” (alimentação, cuidados com o corpo e com a mente), à atenção ao doméstico, à natureza, à autonomia pessoal e ao compartilhamento das emoções, remete ao qualitativo e à procura de uma “harmonia” e de um estado de “completude” que podem

³ Nesse sentido, afasto-me mais uma vez da interpretação de Van Gennep (1978), bem como de Turner (1978), na medida que compreendo que estes autores vêem o rito como “alegoria” da sociedade. “Alegoria” é algo que diz (“gorein”) alguma coisa sobre determinado fato ou fenômeno através de outro (“ale”) fato ou fenômeno considerado determinante. Em contraposição ao enfoque funcionalista dessas posturas, considero o rito como “tautegoria” da sociedade, ou seja: ele não aponta uma saudade da sociedade, ele cria a sociedade. “Tautegoria” é o dizer (“gorein”) algo a partir dele mesmo (“taute”). Esta visão tautegórica, devo em grande parte aos estimulantes comentários e sugestões feitos aos meus textos por Rafael de Menezes Bastos.

ser traduzida como uma busca por um estado de beleza. Pode-se dizer, inclusive, que esta busca de beleza não está apenas referida aos ritos de parto e nascimento mas permeia, em larga medida, a vida cotidiana destes grupos.

Estas características, que terei a oportunidade de analisar neste trabalho, parecem delimitar uma “aura” específica que condiciona e banha as maneiras de ser e de viver dessas redes de atores sociais, que embora minúsculas, ocultadas ou cada vez mais mostradas ostensivamente, exigem a atenção do antropólogo. Sustento, então, que a rede de pessoas investigadas nesta pesquisa, ao privilegiar a casa como lugar mais adequado para o parto, engendra especificidades próprias que podem ser melhor compreendidas a partir do momento em que articulam-se, na interpretação, às dimensões éticas e estéticas de seus rituais e de sua socialidade.

Considero importante dizer que privilegiar a dimensão ético-estética não era um dos focos originais da pesquisa. Inicialmente, eu estava buscando compreender como novas propostas de condução e participação nos ritos de parto e nascimento estavam surgindo e sendo realizadas no contexto atual, pensando em termos de ideologia, valores e *éthos* presentes nestas propostas. Portanto, meu foco procurava articular as relações de continuidade e descontinuidade entre as propostas contemporâneas de “reforma” do sistema médico e aquela do parto domiciliar, visto que eu percebia que ambas compartilhavam de uma semelhante visão crítica ao atendimento medicalizado ao parto. Contudo, a partir do contato com meus informantes no contexto das entrevistas, a estética foi se revelando uma dimensão fundamental para a pesquisa, praticamente emergindo do campo.

Assim, apropriando-me da intuição de Leach (1996), segundo a qual para conhecermos a *ética* de um povo é à *estética* que devemos recorrer, afasto-me da teoria social moderna que tende a ver a arte como um domínio separado do cotidiano e da vida

social e aproximo-me dos estudos provenientes da etnologia indígena das Terras Baixas da América do Sul, que vêm privilegiando o estudo da estética como um dos pontos centrais de construção da vida social indígena.⁴ Overing (1991), tomando como exemplo a sociedade Piaroa, procurou mostrar que em contextos não-ocidentais a apreciação do belo não recai sobre uma área específica da atividade humana, mas engloba todas as áreas da produção da sociabilidade, desde a procriação até os processos produtivos da vida cotidiana. Nas palavras da autora:

“A visão da estética como domínio autônomo (mais um, ao lado da religião, ciência, economia e política) tende a ser nossa herança nas ciências sociais; apesar de termos na antropologia uma fraca ‘antropologia Da arte’ que diz, que outros povos, diferentemente de nós, não separam a arte, sua atividade e seu julgamento de seu uso”. (Overing, 1991:8)

Esta aproximação da "antropologia das sociedades complexas" com a "etnologia indígena" permite também relativizarmos o contraste entre *nós* x *outros*, caro à antropologia, onde o “nós” abarca toda a sociedade ocidental em contraste com todas as “outras” sociedades, incluindo-se aí as sociedades indígenas.⁵ Entre “nós”, também a ética e a estética podem seguir juntas, visto que a separação entre ambas é um fenômeno recente, não universal, nem totalizador.

Da etnologia, tomo também como inspiração a etnografia de Carneiro da Cunha (1978), *Os Mortos e os Outros*, sobre os ritos funerários entre os índios *krahó*. Ao centrar-se na questão da morte, abordando-a em termos tanto terminativos quanto continuativos - ou seja, relacionados tanto ao processo de dissolução do homem social quanto à preponderância da alteridade dos mortos como princípio estruturador da sociedade *krahó* -

⁴ Conforme Overing (1991 e 2000), Lagrou (1998), Menezes Bastos (1990), Belaunde (2000), Gow (2000), Rivière (2000), entre outros estudos.

⁵ Cf. Latour (1994)

ela introduziu questões que se tornaram cruciais para a produção etnológica sobre as Terras Baixas da América do Sul, especialmente quanto à noção de pessoa.

A autora afirma que *“o estudo das manifestações socialmente padronizadas que cercam a morte permite, no processo de dissolução da personalidade social, entender-se, de certo modo ‘pela negativa’, o que precisamente constitui esta personalidade em uma dada sociedade, e que vai sendo lenta e progressivamente formada ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo”* (Carneiro da Cunha, 1978:02).

Penso que o estudo dos ritos de nascimento também permitem entrever concepções atinentes à noção de pessoa, mas de maneira oposta aos ritos funerários. Ligados ao início do ciclo de vida dos indivíduos, os ritos de nascimento evidenciam estas concepções através da positividade dos processos de investidura social ligados à formação e socialização de um novo membro.

Embora centrado-me no parto domiciliar e suas especificidades, a questão de definir a quais conjuntos de fenômenos essa “revitalização” contemporânea do parto em casa estaria ligada não desapareceu de meu horizonte. Nesse sentido, a dimensão histórica dos rituais de parto e nascimento no Ocidente, bem como os debates atuais em torno da “remodelação” da assistência médica ao parto foram fundamentais para a compreensão da emergência do parto domiciliar contemporâneo. Esta digressão foi necessária, não só porque nas sociedades complexas o eixo temporal é privilegiado como dimensão básica dominante para dar sentido aos eventos – as chamadas sociedades “quentes” na concepção de Lévi-Strauss (1976) – mas principalmente pelo fato de que o próprio processo nativo de dar sentido às suas práticas envolve uma reflexividade a respeito das transformações pelas quais estes ritos passaram ao longo do tempo.

Assim, o **Capítulo 1: “Ritos de parto e nascimento em debate na contemporaneidade”** procura mostrar como os ritos de parto e nascimento estão sendo questionados, modificados e refletidos atualmente por diferentes atores sociais. Partindo de algumas cenas do processo de medicalização do parto e indo em direção às atuais discussões em torno da remodelação das práticas médicas de atenção ao parto, contrastá-las-ei com a proposta de nascimento domiciliar, adiantando alguns dados etnográficos que obtive junto a seus praticantes em Florianópolis.

Considero importante ressaltar que ao trazer o *parto domiciliar* para este debate, minha intenção, como antropóloga, não é falar *por* mas falar *com* seus praticantes. Assim, uma segunda questão, inteiramente ligada à anterior, consistiu em investigar as especificidades próprias a este tipo de parto. Trata-se, então, da dimensão propriamente etnográfica desse estudo que será apresentada nos capítulos subsequentes.

Contudo, é importante ressaltar que o curto período do mestrado somado a um campo de poucos meses, ancorado basicamente em entrevistas e não na observação direta dos rituais, levam-me a propor uma interpretação modesta e aberta a novas investidas. Trata-se de, levando em conta estas limitações, compor uma etnografia sobre o *parto domiciliar* contemporâneo, tentando dar conta de alguns conceitos e práticas “nativos”, tal como estes puderam ser trazidos à razão antropológica ou, como coloca Lima (1986), “à uma certa razão dentro da antropologia”.

Assim, no **Capítulo 2 : “O Encontro Etnográfico”** apresento os informantes e as condições em que foi realizada a pesquisa, enfocando seus aspectos metodológicos. Adianto que minha inserção nesta temática de estudos é fruto de duas experiências fundamentais: a primeira refere-se a um estágio na Maternidade do Hospital Universitário da UFSC, que tive a oportunidade de realizar quando terminava minha formação acadêmica

em psicologia. Muito embora este trabalho se refira a parto domiciliares, reminiscências e lembranças desta experiência institucional não deixam de povoar estas páginas, ainda que de maneira implícita, muitas vezes servindo-me como contraponto comparativo. A segunda experiência refere-se a uma aproximação às teorias antropológicas, ainda na graduação, que motivou-me a estudar o nascimento e o parto a partir de seus significados sociais e culturais e a ingressar neste Programa de Pós-graduação.

O estudo se desenvolveu sobretudo a partir de entrevistas com *parteiros e parteiras urbanos*, bem como com mulheres e casais que realizaram o parto em casa, com ou sem a ajuda daqueles. Dispus-me também a analisar materiais sobre parto fornecidos pelos informantes, como livros, manuais de parto doméstico, e filmagens de parto. Também realizei observação participante no Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do Hospital Universitário da UFSC, com o intuito de estabelecer um diálogo entre os dados aí coletados e aqueles recolhidos nos domicílios.

Ao apresentar a etnografia dos ritos de nascimento e parto domiciliares, no **Capítulo 3: “A beleza de nascer em casa: valores estéticos e posturas diante do mundo”**, procuro recompor, ainda que de maneira exploratória, a visão de mundo e o *éthos* específico de seus praticantes, ressaltando os aspectos ético-estéticos de seus ritos e de sua socialidade. De raízes notadamente contraculturais e vinculados à reconfiguração da paisagem terapêutica e religiosa que vem se processando no Brasil, entendo que estes ritos vêm desenhando novas teias de significado em torno da reprodução, fundamentalmente conectadas com um modo específico de viver nas cidades contemporâneas.

Insistindo na “simplificação” da vida, nos ritmos sociais lentos, na intensidade das relações sociais, estes grupos e o estudo que realizei com eles também instigam-me a tecer considerações a respeito do que tais ritos evidenciam no contexto contemporâneo. Muito

embora as práticas de parturição associadas à contracultura e ao “parto natural” (comumente denominadas nos estudos acadêmicos de “maternidade alternativa”)⁶ tenham sido até agora qualificadas como partícipes da ideologia individualista *libertária* devido à sua ênfase no estabelecimento de estilos de vida diferentes do *status quo* e na valorização da autonomia individual, a aproximação propriamente etnográfica aos ritos de parto e nascimento domiciliares permite pensarmos a decadência de alguns valores modernos associados ao individualismo. Nesse sentido, a compreensão adequada da valorização da autonomia individual e grupal e do que é o *social* para estes grupos será fundamental.

Esta maneira de aproximar-me de meu objeto de estudo leva-me a um duplo movimento: por um lado, mostrarei que as significações e práticas que singularizam os ritos de parto e nascimento domiciliares só podem ser compreendidas a partir da análise do contexto no qual estes ritos estão inseridos. De outro, tomarei estes ritos como recurso de aproximação para tecer algumas considerações a respeito da socialidade contemporânea, na medida em que tais ritos condensam e expressam de forma paradigmática um universo ético e estético que os transcende.

Muito embora seja pequeno o número de partos urbanos realizados em casa em Florianópolis, e em geral no Brasil, acredito que a presente pesquisa seja de interesse, pois permite trazer à luz um fenômeno pouco conhecido e estudado mas profundamente conectado com o “estado da arte” de partejar e com uma forma de viver na sociedade contemporânea.⁷

⁶ Cf. Almeida (1987), Salém (1987, 1991) e Tornquist (2004).

⁷ Meu próprio trabalho de campo leva-me a concluir que se trata de um número pequeno. As informações provenientes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, confirmam esta percepção. Segundo o SINASC, em 2002, de um total de 7.327 nascidos vivos em Florianópolis, apenas 10 foram através de partos domiciliares.

Fonte : <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/numap.htm> acessado em 15/12/2004.

RITOS DE PARTO E NASCIMENTO EM DEBATE NA CONTEMPORANEIDADE

Nas últimas décadas, os ritos de parto e nascimento vêm tomando um lugar cada vez mais destacado nos dilemas e debates da sociedade contemporânea. No centro destes debates, e como principal alvo de críticas, está o atendimento *medicalizado* ao parto, tal como se instituiu nos séculos XVIII e XIX na Europa e generalizou-se ao longo do século XX como um dos elementos fundamentais do processo de modernização, urbanização e higienização da sociedade ocidental.⁸

Pode-se, inclusive, dizer que se trata de um debate mundializado, principalmente a partir dos anos 70, quando, em diferentes países, um amplo e heterogêneo conjunto de atores sociais passaram a exigir e propor mudanças nas formas de conceber e praticar estes rituais. Estas novas propostas absorveram, em grande medida, as transformações sociais e culturais da corrente contestatória do anos 60 e 70, difundida sob a denominação de contracultura⁹.

A idéia de que no Ocidente fez-se da gravidez e do parto como eventos assimiláveis à doença e dependentes de uma série de valores especificamente associados ao problema da

⁸ Estes debates foram mapeados a partir das pesquisas realizadas por Diniz (2001), Tornquist (2004) e Hotimsky (2001) sobre a remodelação da assistência ao parto no Brasil e de investigações historiográficas, como as de Brennes (1991), Tornquist (1998) e Foucault (19884 e 2003) sobre o processo de medicalização da sociedade e do parto. Salém (1987 e 1991) é também uma referência importante ao estudo dos “movimentos de revisão do parto”, por sua contribuição pioneira na articulação deste movimento com os valores propalados pela contracultura. Além disso, procurei manter-me atenta às notícias veiculadas pela mídia impressa e televisiva e aos sites na Internet, como forma de perceber o desenvolvimento deste debate no mundo social, simultaneamente à pesquisa bibliográfica. Minha pesquisa de campo junto aos praticantes de parto domiciliar impulsionou-me a uma observação mais ampla destes debates e é a partir dela que fecho o capítulo. Vale ressaltar que ao utilizar ambas as denominações “parto” e “nascimento”, estou situando os dois principais “egos” partícipes do parto: a mulher e o bebê, aos quais uma polifonia de vozes vem fazendo referências (e também reverências).

⁹ Cf. Salém (1991).

verdade científica e da tecnologia médica parece ser o ponto de partida para as novas propostas de condução, manejo e participação nos ritos relativos a estes acontecimentos. Atualmente, estão envolvidos neste debate agências nacionais e internacionais de saúde, organizações não-governamentais e governamentais, mulheres organizadas, usuários do sistema de saúde “oficial” e “alternativo”, pesquisadores de diversas áreas e outras pequenas coletividades urbanas. Na agenda dos debates estão em pauta questões acerca de quem são os atores fundamentais destes rituais; quais as técnicas e procedimento mais adequados para eles, qual o lugar neles da mulher e da família, quais os profissionais mais habilitados para prestar assistência, entre outras.

Primeiramente, numa aproximação mais sociológica ao tema, gostaria de sugerir que os debates atuais em torno dos ritos de parto e nascimento estão inseridos em um contexto que autores como Giddens (1995), Beck (1995) e Lash (1995), entre outros, vêm chamando de modernidade reflexiva. A reflexividade, conforme descrita por estes autores, é uma das características da modernidade tardia, onde as instabilidades e riscos associados às novidades tecnológicas e organizacionais introduzidas na sociedade durante a modernidade têm transformado o próprio processo de modernização em um problema.

Segundo Lash (1995), a idéia de uma modernidade reflexiva pode ser melhor compreendida no contexto sugerido pela *Dialética do Esclarecimento*, de Adorno e Horkheimer (1985), em que a modernização, inicialmente voltada para a emancipação da ordem estática pré-moderna, voltou-se em seguida sobre si mesma.

De modo semelhante, Beck (1995) sugere que a reflexividade deve ser entendida não como uma reflexão consciente, intencional e individualista, mas como um “reflexo”, ou um “duplo” da própria modernidade. No moderno tardio a reflexividade é, então, um desenvolvimento imanente do próprio processo de modernização, e está lidando, em grande

parte, com os efeitos colaterais, os “perigos” ou “males” que se originaram na modernidade “simples”. Neste caso, não se trata mais da justaposição direta e dicotômica da tradição e da modernidade, mas a questão refere-se a três estágios da mudança social – da tradição à modernidade, que passa a ser chamada de modernidade ‘simples’ ou baixa modernidade, à modernidade reflexiva.¹⁰

Podemos efetivamente identificar uma fase de modernidade “simples” na história da obstetrícia, em que se deu o processo de hospitalização do parto e a construção da autoridade médica, tendo como base, entre outras coisas, a valorização da confiança ou fé no progresso científico e tecnológico.

Foi nesse período que se disseminou a concepção de que o parto hospitalar, sob os cuidados de profissionais de saúde, apresentava menos “riscos” à saúde da mulher e do bebê. Porém, no atual período de modernidade reflexiva, passou-se a questionar a idéia de que esse modelo de atenção ao parto apresenta menos “riscos” e tem início um debate sobre as conseqüências e os significados da adoção deste modelo.¹¹

Para os propósitos deste trabalho, que consiste em situar nesta complexa cena de debates a atual proposta de nascimento domiciliar em Florianópolis, não me atarei a reconstruir a longa história de transformações por que passaram estes rituais no ocidente. Apenas ressaltarei alguns momentos dela, articulando-os com reflexões acerca da modernidade, com o intuito de melhor compreender o acalorado debate social que se esboça contemporaneamente, cujos efeitos estão ainda por ser delineados.

¹⁰ Outros autores, como Lyotard (2002), Harvey (1993) e Maffesoli (1999), consideram que o período da alta modernidade, ou modernidade tardia, corresponde à pós-modernidade.

¹¹ Vale lembrar que a noção de *risco* denota situações de perigo ou ameaça definidas em termos das conseqüências negativas para os campos ou áreas nos quais esta noção é aplicada. (Giddens, 1995)

1.1. Da casa ao hospital : cenas da medicalização do parto

O envolvimento crescente dos médicos na cena do parto e nos cuidados pré e pós-parto é, sem dúvida, um dos momentos cruciais da história da parturição no ocidente. Muito embora não possa ser considerado um processo simples nem linear nem tenha sido semelhante em todos os lugares, pode-se dizer que a institucionalização das concepções e práticas médicas teve um papel preponderante na redefinição dos modos de vida tradicionais. Este processo, que vem sendo chamado nos estudos acadêmicos de *medicalização do parto*, se deu inicialmente na Europa, esboçando-se aí já nos séculos XVII e XVIII, estendendo-se ao Brasil ao se inaugurarem as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1808, quando da transferência da corte imperial portuguesa para a então colônia.

Até o advento da medicina moderna, as mulheres tinham gestado e parido seus filhos em casa e sem sair do âmbito de suas relações vicinais. Os eventos que envolviam a gravidez, o parto e o cuidado com os filhos eram interpretados por gestos e práticas de uma cultura fundamentalmente feminina que ainda caminhava paralela ao olhar da medicina. Como argumenta Del Priore (1993), os reclamos aflitivos advindos de um parto difícil acionavam a vizinhança, os laços de compadrio e amizade, e reverberavam numa participação comunitária cuja carga era tão mais coletiva quanto o ato era dramático. Valendo-se de rezas e benzeduras, bem como de instrumentos do universo doméstico – como a tesoura para cortar o cordão umbilical, a bacia e a garrafa de cachaça para limpar a tesoura, o azeite, óleo ou banha para as massagens – o parto era um acontecimento que

acionava a capacidade de solidariedade entre mulheres, que contavam com o auxílio de parteiras, chamadas também de “aparadeiras” ou “comadres”.¹²

De um modo geral, as características do ofício de parteira encontram ressonâncias nas descrições da literatura mundial: eram mulheres de reconhecido prestígio em suas comunidades em função da experiência e do conhecimento que possuíam, sendo muitas vezes solicitadas para atenderem mulheres em trabalho de parto nas localidades vizinhas. (Moraes, 1999; Tornquist, 1998; Récchia, 2001).

Utilizando uma denominação de Giddens (1995), pode-se dizer que no contexto tradicional, as parteiras atuavam como *guardiãs* de determinados aspectos da memória coletiva. Esta memória coletiva, tal como a entende Giddens, diz respeito à contínua reconstrução do passado, tendo como base o presente. A tradição é, então, essencialmente ativa e interpretativa, envolvendo rituais que têm a função de trazer a tradição para o presente. Essa reconstrução é parcialmente individual, mas, mais fundamentalmente, é social e coletiva. Além disso, a tradição envolve o que o autor chama de “verdade formular”¹³, à qual somente algumas pessoas têm acesso. A autoridade nos sistemas tradicionais é território dos guardiães:

Os guardiães, sejam eles idosos, curandeiros, mágicos ou funcionários religiosos, têm muita importância dentro da tradição por que se acredita que eles são os agentes, os mediadores essenciais de seus poderes causais. Lidam com os mistérios, mas suas habilidades de arcanos provêm mais de seu envolvimento com o poder causal da tradição do que do seu domínio de qualquer segredo ou conhecimento esotérico (Giddens, 1995:83).

¹² Esta descrição corresponde em larga medida ao cenário brasileiro, conforme as descrições de Tornquist (1998), mas, como argumenta Jordan (1997), de modo geral nas sociedades tradicionais que ainda não sofreram de forma substancial as influências da medicina ocidental, os instrumentos utilizados no parto constituem-se de objetos de uso doméstico, que são de múltiplas utilidades no cotidiano.

¹³ Pode-se considerar esta verdade formular como aquilo que liga o sagrado à tradição e que torna os aspectos centrais desta última “intocáveis” (Giddens, 1995:127).

Contudo, como ressalta Giddens, um guardião é uma espécie de “mestre” pessoal e não um superior. Ele é livre para fazer favores àqueles que dependem dele em troca de presentes ou obrigações. A pessoa detentora de saber, ou sábia, é o repositório da tradição, cujas qualidades especiais originam-se de um longo aprendizado que cria habilidades e estados de “graça” que são eminentemente performáticos. E a “confiança” que se estabelece entre os guardiães e os outros membros da comunidade não depende apenas das regras tradicionais mas de uma espécie de “lealdade” pessoal, onde a familiaridade é a tônica da confiança. Os sistemas de confiança tradicionais são quase sempre baseados no trabalho “visível” do guardião, nos quais este é a tradição personificada.

Segundo Giddens (1995), a diferença entre os *guardiães* da tradição e os *especialistas* nas sociedades modernas é o fato de que na ordem tradicional a força de união que têm os guardiães provém mais do seu *status* do que de uma idéia de “competência”, que veio a ser fundamental na ordem moderna. Em contraste com a tradição, nos encontros entre especialistas modernos e “leigos”, a lealdade pessoal é minimizada, sendo que é o desequilíbrio de habilidades ou de informações sobre um determinado campo que constituirá a autoridade do “perito”. De uma maneira geral, a confiança deixa de ser uma questão de envolvimento face a face e passa a ser uma questão de confiança em sistemas abstratos, descentralizados e desincorporados¹⁴.

¹⁴ As características desincorporadas dos sistemas abstratos significam uma constante interação com “outros ausentes” – pessoas que nunca vimos ou encontramos, mas cujas ações afetam diretamente características de nossa própria vida. A especialização é *desincorporada*, porque se baseia em princípios impessoais, que podem ser determinados e desenvolvidos independente do contexto. A *descentralização*, refere-se ao fato de que os sistemas abstratos manejados por especialistas são em larga medida recombinações locais de conhecimento derivado de outros lugares. Como sistemas descentrados, “abrem-se” para qualquer pessoa que tenha tempo, recursos e talento para captá-los, eles podem, desta forma estar alocados em qualquer lugar (Giddens, 1995:105-106).

Estudos como os de Brenes (1991), Tornquist (1998) e Rodhen (2001) ajudam a compreender a construção da autoridade médica, através das relações que se estabeleceram, no Brasil, a partir do século XIX, entre o processo de urbanização e higienização das cidades, concomitante à instalação de um saber médico científico e social. Segundo estas autoras, num período em que a insalubridade passou a ser considerada sinônimo de atraso, modernizar a cidade significava não apenas fazer reformas urbanas, mas também modificar hábitos e costumes considerados pouco civilizados e pouco higiênicos. Delineia-se, então, o nascimento de uma medicina do espaço social, na qual a consciência explícita da doença se sobressai como um problema para o médico, cuja autoridade administrativa fundava-se na “competência” do saber científico e especializado.

Como coloca Foucault (1984), há o surgimento de uma administração dos corpos, até então inédita, através de uma nova gestão calculada da vida referida às populações que passa a incluir estudos estatísticos, demografia, taxas diferenciais de mortalidade, registros de nascimento e de doenças, conhecimento da distribuição, concentração e controle das epidemias, que vão constituir um biopoder, ancorado tanto numa anátomo-política do corpo quanto numa biopolítica de controle populacional. Trata-se, em resumo, de uma nova gestão da vida, onde esta passa a ingressar como elemento privilegiado no registro da política, tendo como alvo tanto os indivíduos quanto as populações.

A transformação do hospital é reveladora deste processo. Segundo Foucault, é a introdução de práticas disciplinares no espaço dos hospitais com a intenção de transformá-lo em um lugar de cura que vai possibilitar a sua medicalização. Antes disso, o hospital era essencialmente um lugar de assistência aos pobres e ao mesmo tempo um instrumento misto de exclusão e transformação espiritual, no qual a função médica não aparece: seus funcionários – religiosos ou leigos – estavam fundamentalmente empenhados na salvação

das almas (inclusive das suas próprias). Chamavam-no morredouro, um lugar onde se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas à beira da morte;

A disciplinarização deste espaço tornou-o adequado para o exercício de uma “medicina do meio”¹⁵ que estava se constituindo e que concebia a manipulação do espaço como um instrumento terapêutico. A presença médica no hospital, que antes era esporádica, se intensifica, culminando com a produção e a localização do saber médico no interior dos hospitais, bem como com a constituição da clínica como essencial na formação dos profissionais médicos.

(...) com a disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber, a medicina se dá como objeto de observação um imenso domínio, limitado, de um lado pelo indivíduo, de outro, pela população. Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. (...) Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado, pode-se observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda população. O indivíduos e a população são dados como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças a tecnologia hospitalar. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo como da população. (Foucault, 1984:111)

Ao tomar para si a responsabilidade de converter a cidade em espaço higienizado, a medicina científica incorporou como objetos de investigação todas as situações e possibilidades, dentre elas a prática da parturição, intitulando-a Arte Obstétrica. Segundo Jordan (1993), uma das primeiras antropólogas a se empenhar em estudos transculturais sobre parto, a medicina se torna, nesse período, um *authoritative knowledge*, um “saber autorizado”, ou seja, aquele que se torna hegemônico ao desvalorizar, deslegitimar e desautorizar outras formas de saber existentes. Nesse sentido, a "falta de higiene" e de "asepsia" foram as principais acusações contra as parteiras, às quais se acreditava não mais

¹⁵ Na qual a cura não é mais dirigida à doença propriamente dita, como na medicina de crise da Idade Média, mas àquilo que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, etc.

poder deixar o encargo de amparar mães e principalmente crianças. Junto com outras práticas de cura populares, como os boticários e curandeiros em geral, o ofício de parteira, passou a ser desqualificado.

Contudo, Tornquist (2000) ressalta que os discursos médicos da época com relação às parteiras não faziam menção sobre falta de conhecimentos relativos às manobras do parto, mas versavam sobretudo a respeito de questões de higiene. Inclusive, esta arte obstétrica dos primeiros tempos processou-se num sincretismo a nível de terapêutica, incorporando técnicas das parteiras, chamadas então de “curiosas”, paralelamente à construção de um discurso anátomo-patológico sobre o corpo e a “natureza” femininas (Brenes, 1991).¹⁶

Todo este processo culminou com a criação das “maternidades” situadas no interior dos hospitais - locais que passam a ser considerados, a partir de então, como os mais adequados para as mulheres darem à luz.¹⁷ Um dos elementos fundamentais para este acontecimento foi o uso de instrumentos como o “bisturi” e o “fórceps”¹⁸ e de técnicas cirúrgicas como a “episiotomia”¹⁹ e a “cesariana”, de utilização proibida aos não-médicos (Tornquist, 2000).

A regulamentação do ofício de parteira, através de exames e licenças concedidas pelo governo imperial, foi outro elemento que impulsionou a transferência dos nascimentos

¹⁶ A construção da “natureza feminina” como “patológica” nos discursos médicos é ressaltada por vários estudos sociológicos, históricos e antropológicos. Segundo Rodhen (2001), a ginecologia é a especialidade que se desenvolveu sobre esta lógica, a partir de meados do século XIX, na qual a “natureza feminina” foi concebida como potencialmente propensa a perturbações e desordens. Para um aprofundamento nesta questão ver Rodhen (2001), Brenes (1991), Tornquist (1998), Del Priore (1993), entre outros.

¹⁷ Convido o leitor à observar que a própria qualidade de ser mãe (“maternidade”) é tomada para designar estes novos espaços. Percebe-se, então, que a criação do espaço “maternidade” se dá concomitante a um intenso processo de construção do modelo higiênico e medicalizado de mãe. Sou grata a Alberto Groismam por ter conduzido minha atenção para este fato, durante a Banca de Qualificação do projeto desta pesquisa.

¹⁸ Instrumento utilizado nos partos considerados difíceis, constituído de duas pás que servem para fazer a retirada do bebê.

¹⁹ Corte lateral no músculo da vagina para alargar o canal de parto.

dos domicílios para o hospital. As parteiras diplomadas, incorporadas ao âmbito das maternidades, são transformadas em auxiliares obstétricas, atuando sob uma rígida hierarquia: às mulheres os partos normais, aos homens os parto difíceis, pois somente eles podiam manejar os instrumentos cirúrgicos. Além disso, a mudança para o hospital também significou uma mudança na posição de parir: das posições verticais (de cócoras ou sentadas) àquela deitada, na cama metálica, com as pernas apoiadas em estribos, de modo a garantir uma boa posição para a observação e intervenção médica.

Contudo, somente algumas mulheres procuravam os serviços do hospital, muito embora a incorporação das parteiras diplomadas tenha contribuído para que este espaço ganhasse a simpatia da população. Segundo Brenes (1991), havia uma resistência por parte do público à enfermaria de partos, uma objeção que permaneceria por muitos anos, sob a forma de um receio que as parturientes manifestavam em relação ao internamento. A falta de parturientes dificultava muito a consolidação do ensino de obstetrícia e da cirurgia, o que levou a corporação médica a adotar estratégias como a de construir uma imagem do médico que inspirasse confiança na população e a de articular-se com o poder do império, através da instalação de práticas de vigilância, como a obrigatoriedade dos registros de nascimento, de modo a controlar quem nascia, quem paria, onde e por quem havia sido atendido.

Em Santa Catarina, a medicalização do parto, embora semelhante ao ocorrido na Europa e em outras regiões do Brasil, foi um processo que se consolidou mais tardiamente. A proibição, pela Câmara Municipal, do exercício do ofício de parteira na cidade data de 1831. Contudo, nas comunidades pesqueiras e agricultoras do interior da Ilha de Santa Catarina a prática de dar à luz em casa, com ajuda dessas mulheres, persistiu por mais de

um século após as proibições e normatizações infligidas às parteiras, vindo a decrescer somente na década de 70 do século XX (Tornquist, 1998).

A pesquisa de Moraes (1999) registra que as elites de Desterro, como era então chamada Florianópolis, vislumbravam a possibilidade de civilizar o povo a partir de paradigmas europeus e de outras cidades brasileiras, tentando criar novas formas de conduta e sociabilidade que denotassem mudanças nos hábitos culturais, considerados rústicos e obsoletos, indo de encontro aos interesses médicos, que almejavam uma cidade salubre. Os cursos de formação para parteiras começaram a ser ministrados em 1835, na Maternidade Carlos Corrêa, até a criação de um Departamento de Saúde Pública, em 1942, que passa então a ser um importante espaço de diplomação.

As mulheres catarinenses não deixaram de constituir uma parcela da população bastante visada pelos discursos higienistas, uma vez que eram as responsáveis pela direção do lar, onde os preceitos higiênicos também deveriam ser incorporados e cultivados. A idéia da fragilidade dos corpos femininos e suas propensões a doenças, bem como as diferenças de gênero baseadas em concepções biológicas, começavam a ecoar nos jornais da época:

As mulheres sofrem muito mais que os homens e adoecem muito mais facilmente do que eles. Isto não é nenhum segredo para os bons médicos. O organismo da mulher é muito mais delicado, mais vibrátil, mais sensível que o dos homens. Algumas mulheres são tão sensíveis, os seus nervos tão delicados que basta as vezes a leitura de um romance comovente, um aborrecimento, uma notícia inesperada para que os órgãos internos comecem a sofrer.²⁰

²⁰ Este fragmento foi retirado de Tornquist (1998: 33). Infelizmente a data e nome do jornal não são mencionados pela autora.

É interessante contrastar essas imagens femininas, construídas pelo discurso científico e absorvidas principalmente pelas camadas médias, com aquelas dos grupos populares, nos quais a prática da parturição domiciliar permaneceu por mais tempo.

Nas narrativas acerca de bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição, coletadas por Maluf (1993) entre grupos populares ilhéus, a referência a um espaço doméstico governado pelas mulheres é marcante. Neste espaço, elas adquirem e exercem saberes e poderes que os homens desconhecem, temem e respeitam. Dentre estes saberes, aqueles relativos ao parto e ao cuidado com os recém-nascidos e às práticas de cura e benzimentos, principalmente o tratamento de “mau-olhados” e “embruxamentos” infligidos sobretudo às crianças, eram fundamentalmente cultivados por mulheres. Além disso, o universo doméstico fornecia os instrumentos necessários para esses tratamentos e cuidados.

O recrudescimento das práticas tradicionais relativas ao parto obviamente não se deu numa ausência de conflito com os discursos médicos e institucionais (Tornquist, 1998 e 2000; Mott, 1999), envolvendo disputas em vários níveis, inclusive entre mulheres - as parteiras “diplomadas” passaram a concorrer em um contexto antes dominado pelas parteiras “leigas”. Apesar destas últimas ainda gozarem do reconhecimento popular por seus feitos passados, atualmente em Florianópolis, não se encontram mais parteiras tradicionais atuantes.

1.2. Novas propostas para a assistência ao parto

Com a emergência do saber especializado da medicina científica, além dos obstetras, vários outros especialistas se consolidaram em torno da saúde da mulher, da criança e da família, como ginecologistas, neonatologistas, anestesistas, pediatras, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Curiosamente, algumas das vozes

que tem se levantado com maior entusiasmo contra o que vem sendo considerado uma “excessiva” medicalização do parto e do nascimento, provém destes mesmos setores, que vêm propondo uma “humanização” na forma de conceber e praticar os cuidados relativos a estes momentos.

Considero que as propostas atuais de reformulação das práticas médicas podem ser compreendidas, num primeiro momento, a partir das próprias premissas em que a medicina se consolidou enquanto prática “científica”. Isto porque, como assinala Giddens (1995), uma das características fundamentais dos sistemas de especialistas modernos é que a natureza da verdade não será mais “formular” como na tradição, mas “proposicional”, isto é, ligada a uma crença na possibilidade de correção do conhecimento. Crença esta que depende em larga medida de um ceticismo metódico, de modo que as reivindicações de conhecimento que a modernidade produz são em princípio revisáveis, conforme elas circulam dentro e fora do ambiente que elas descrevem.

Os desconfortos gerados neste tipo de situação originam-se no fato de que, ao mesmo tempo que se supõe que o conhecimento especializado e o acúmulo geral de especialização proporcionam uma certeza crescente em relação a como o mundo é, a verdadeira condição desta certeza é duvidosa. Durante muitos anos as tensões inerentes a esta situação foram mascaradas pelo *status* de distinção que a ciência desfrutou nas sociedades modernas dos primeiros tempos – considerada como uma fonte quase monolítica de “autoridade” – nas quais as diferenças entre guardiães e especialistas eram menos óbvias.

Atualmente, a ciência perdeu boa parte da “aura” que um dia possuiu. Esta situação pode ser resultado, segundo Giddens, da desilusão com os benefícios que, associados à tecnologia, ela alega ter trazido para a humanidade. Além disso, os especialistas com

frequência discordam uns dos outros, o que contribui para que o conhecimento especializado seja visto como relativamente arbitrário, tanto pelos “simpatizantes” como pelos críticos. Muito curiosamente a idéia de perda da “aura” da ciência, que se processou a partir de meados do século XX, replica a idéia da perda da “aura” na arte. Esta última aconteceu já nas primeiras décadas daquele século, em função do desenvolvimento dos processos de reprodução das obras de arte, como apontado no estudo clássico de Benjamin (1969).

Na obstetrícia, debates internos ao campo médico sobre a maneira como o parto vinha sendo assistido e vivenciado começaram por volta dos anos 50, sobretudo a partir da popularização do método psicofilático chamado de “Parto sem Dor”. Este método, divulgado com ênfase na França e na Inglaterra, propunha uma forma não medicamentosa de abolir as dores do parto, através de uma “re-educação” da gestante baseada em informações a respeito da anatomia e da fisiologia do parto e em um treinamento físico centrado em técnicas respiratórias e de relaxamento.²¹

Salém (1987) considera o Parto sem Dor como um divisor de águas na forma de conceber e lidar com o parto na cultura européia. A principal argumentação do novo método dizia respeito à dissociação entre contração e dor. Inspirado na psicofisiologia pavloviana, a dor do parto passava a ser entendida como um reflexo condicionado pela cultura e deixava de ser considerada inerente ao processo de parto. Imagens mentais e emoções “nefastas” seriam produzidas pelo meio social que circunda a gestante.

A literatura, os meios de comunicação de massa e mesmo a equipe médico-hospitalar são destacados como agentes que referendam a representação do evento como

²¹ Na França, o principal divulgador do Parto sem Dor, foi o médico Ferninand Lamaze e na Inglaterra, Grantly Dick-Read.

“dramático” e “perigoso”. Assim, sobretudo através da linguagem, poder-se-ia propiciar a domesticação de emoções “nefastas” como o medo, e a internalização de atitudes “positivas”, como a “disciplina”, o “controle” e a “coordenação motora”.

É, então, a partir do Parto sem Dor que a preparação pré-natal passa a ser considerada decisiva para o parto (Salém, 1987). O método foi também chamado de “parto natural”, porque se propunha a respeitar as “leis da natureza” e porque tomava como paradigma referencial positivo os “povos primitivos”, que, ao contrário dos “civilizados” não interfeririam no curso natural da fisiologia e não seriam tão temerosos do parto quanto “nós”. Objetivava-se também, ao dissociar contração e dor, “devolver” às mulheres o seu protagonismo no parto liberando-as do imaginário católico-cristão que via no sofrimento do parto a única via de redenção do gênero feminino por ter cometido o pecado original (Salém, 1987; Tornquist, 2004).

Contudo, foi nos anos 70 que as discussões em torno do parto e do nascimento constituíram-se em um debate mundializado. Nos Estados Unidos, nesse período, diversos movimentos contraculturais aliaram-se ao movimento feminista em defesa do “parto natural”, do nascimento domiciliar e da proposta de estabelecimento de centros de nascimento desvinculados dos hospitais. Posteriormente, num contexto fortemente marcado por debates internos ao campo médico acerca da chamada “epidemia de cesáreas”, agências internacionais de desenvolvimento e saúde respaldadas em “evidências científicas” que demonstravam os riscos associados à excessiva “tecnologização” e “cirurgificação” do parto, passaram a apoiar algumas das propostas defendidas por estes grupos, acolhendo críticas de pesquisadores, profissionais e ativistas sociais.

Segundo Diniz (2001), a partir de 1979, grupos de profissionais coordenados por obstetras começaram a trabalhar em revisões sistemáticas sobre gravidez e parto. Estes

grupos foram os primeiros de centenas de outros que se organizaram nos anos seguintes para levantar “evidências científicas” sobre a “eficácia” e a “segurança” dos procedimentos em todas as especialidades médicas. Durante uma década, o campo da assistência à gravidez e ao parto acumulou o maior volume de avaliação sistemática já desenvolvido por uma especialidade médica.²²

Em meados da década de 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a divulgar amplamente documentos baseados nesses estudos científicos, dando maior visibilidade a estes questionamentos e incentivando as instituições de saúde a remodelarem suas práticas e concepções. Conhecidos como *Recomendações da OMS*, estes documentos visam normatizar os cuidados que devem cercar o parto normal e delimitar áreas em que é ou não apropriado o uso de determinadas tecnologias.

Em tais *Recomendações*, uma série de práticas consideradas *mais seguras e menos invasivas* são incentivadas, dentre as quais destacamos: o parto vaginal; a oferta de líquidos orais e liberdade de movimentação durante o trabalho de parto; a valorização do suporte físico e emocional à parturiente através de “doulas”²³ e “acompanhantes”; o estímulo do

²² O resultado final da análise de 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal pesquisadas foi condensado numa publicação intitulada *A Guide of Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, em 1995, que passou a ser uma espécie de “bíblia” dos defensores da medicina perinatal baseada na evidência. Todo este movimento ficou conhecido como *medicina baseada na evidência científica* e se organizou em grande medida sob a influência do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane, por isso, esta colaboração internacional de grupos de pesquisa que contribuíram para este esforço monumental é também chamada de Iniciativa Cochrane e Biblioteca Cochrane, em sua homenagem (Diniz, 2001:02-03).

²³ A palavra “doula”, do grego *doulos*, vem sendo utilizada no contexto da humanização do parto, a partir do início da década de 90, para designar mulheres capacitadas para dar apoio continuado a mulheres que estão em trabalho de parto (e aos seus companheiros e/ou outros familiares), proporcionando conforto físico e apoio emocional antes, durante e após o nascimento. Esta proposta é fundamentalmente inspirada nas pesquisas dos médicos americanos Marshall Klauss e John Kennel que vêm afirmando que a presença da *doula* durante o parto faz com que este evolua com maior tranquilidade, rapidez e com menos complicações. As vantagens, segundo estas obstetras, também ocorreriam para o Sistema de Saúde, que teria uma significativa redução nos custos, dada a diminuição da demanda por medicações e analgesias e também do tempo de internação das mães e dos bebês. Embora no contexto de implantação das novas propostas da OMS, a palavra doula seja empregada para designar “a mulher que *cuida* de outra mulher”, a investigação da etimologia da palavra revela que seu significado original é *escrava* ou *mulher que serve*. Mais informações a respeito das doulas ver: <http://www.doulas.com.br> e <http://www.doulas.org.br>.

vínculo afetivo precoce mãe-bebê através do aleitamento materno no pós-parto imediato e do alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido. Também são incentivadas técnicas consideradas “não-invasivas” e “não-farmacológicas” no alívio da dor, como massagens, banhos e relaxamento.

Além disso, alguns procedimentos são claramente desestimulados, objetivando a diminuição de intervenções consideradas “prejudiciais” ou “ineficazes” e até mesmo “agressivas”, tais como o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o exame retal, a manutenção da posição deitada durante todo o trabalho, e a lavagem e exploração manual do útero depois do parto. Outras condutas, como a episiotomia (corte na lateral do períneo para alargamento do canal de parto), a utilização de ocitocina sintética (hormônio sintético semelhante ao produzido pelo organismo, utilizado para desencadear contrações e acelerar o trabalho de parto), a cesariana, a monitoração fetal eletrônica, restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, entre outras, não são proibidas, mas consideradas como freqüentemente utilizadas de forma “inadequada” e “excessiva”, não havendo qualquer justificativa para a sua realização rotineira.²⁴

As novas propostas da OMS entendem o processo de parto como eminentemente “fisiológico”, ou seja, aquele que ocorre conforme a fisiologia, sem intervenções desnecessárias nem seqüelas destas intervenções.²⁵ O “respeito à fisiologia do parto” aparece, então, como uma das idéias centrais de todo este conjunto de proposições, no qual

²⁴ Cf. TORNQUIST (2004), vários dos estudos epidemiológicos que sustentam as recomendações da OMS chamam a atenção para o fato de que a intervenção cirúrgica no parto não corresponde, necessariamente, à melhoria dos indicadores de saúde, visto que os países nos quais o sistema de atenção ao parto é menos intervencionista revelam os melhores índices de saúde materno-infantil, como é o caso da Holanda, onde a forma de atenção ao parto inclui o trabalho de parteiras, partos a domicílio e baixo intervencionismo.

²⁵ Cf. DINIZ (2001), estas intervenções desnecessárias são vistas, como conseqüências de uma espécie de *efeito cascata*, onde uma intervenção pode levar a complicações, gerando intervenções subsequentes e mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesariana, que poderia não ter ocorrido se a cascata não tivesse iniciado.

a expressão “parto natural” ganha legitimidade no contexto institucional. As principais causas apontada para o excesso de intervenções desnecessárias, além da adoção por parte da medicina de um modelo patologizado do parto, é o fato de a assistência ter sido organizada como uma “linha de montagem”, com uma rígida estipulação dos tempos para cada estágio do trabalho de parto.

No Brasil, esses novos valores têm sido declarados, repetidos e incentivados, tanto pelo Ministério da Saúde, quanto por organizações não-governamentais, grupos de mulheres organizadas, usuários do sistema de saúde e centros de terapias alternativas, além de sites sobre parto na Internet e publicações recentes de livros. Sob o rótulo geral da “humanização do parto e do nascimento”, estes grupos vêm propondo reformulações nos serviços de saúde brasileiros voltados à atenção peri-natal, tanto públicos quanto privados, tomando como base as recomendações da OMS. Pode-se dizer que, esta discussão em torno da humanização do nascimento no Brasil é, de certa forma, uma versão brasileira ou latino-americana do que nos países de língua inglesa vem sendo chamado de “gentle birth”, “respectful birth”, “natural birth” ou “active birth”.

Um dos novos desafios já lançado pelo Ministério da Saúde, chamado Programa de Humanização do Pré-natal ao Nascimento (PHPN), tem o intuito de diminuir a mortalidade materno-infantil no país, considerada alta, através da generalização do parto hospitalar antecedido por um número mínimo de consultas pré-natais.²⁶ Este Ministério também apoia e premia formas procedimentais que garantam uma maior qualidade no atendimento ao

²⁶ Segundo a última Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, realizada pelo Ministério da Saúde, a estimativa de mortalidade materna no Brasil era de 161 mortes maternas para cada 100.000 nascidos-vivos. Esta taxa é alta quando comparadas com a do Canadá (4 / 100.000) e Estados Unidos (8 / 100.000) (Hotimsky, 2001).

parto, através da concessão do prêmio Galba de Araújo²⁷ e dos títulos de Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança.

Organizações não-governamentais, como a REHUNA (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), têm tido um papel fundamental na difusão e consolidação das novas práticas no Brasil. Composta fundamentalmente por profissionais da área da saúde, em fins da década de 80, a REHUNA tem visado a interlocução com órgãos públicos ou vinculados à saúde coletiva, objetivando ações concretas para a modificação do atendimento ao parto, na rede hospitalar ou mesmo fora dela, enfatizando a dimensão dos direitos, tanto da criança como da mulher e procurando fazer com que as recomendações da OMS se tornem medidas legais²⁸ (Tornquist, 2004).

Além disso, o público “leigo” está cada vez mais envolvido nestas discussões. De acordo com Giddens (1995) e Beck (1995), uma das características da reflexividade na modernidade tardia é o fato de que uma proporção crescente da população tem acesso aos conceitos provenientes do conhecimento especializado. Os atores sociais apropriam-se, então, na vida cotidiana das verdades “proposicionais” do conhecimento especializado da

²⁷ Galba de Araújo foi um obstetra e professor da Universidade Federal do Ceará que na década de 70 iniciou a incorporação de parteiras tradicionais a uma rede de assistência à gravidez e ao parto. Além disso, foi um dos pioneiros na introdução de práticas *humanizadoras* no Brasil, como a posição vertical para o parto. Adotou também o parto na rede e o banquinho de parto como parte das práticas assistenciais. O prêmio que leva o seu nome é concedido no âmbito estadual, regional e nacional.

²⁸ Fruto de esforços políticos que envolveram uma atuação marcante da REHUNA, atualmente, tramita no Senado Federal o projeto da *lei do acompanhante*. Esta lei, já aprovada em âmbito estadual em São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina, tem como objetivo assegurar o direito a toda mulher que der à luz nas maternidades conveniadas ao SUS em todo país, a ter um acompanhante de sua escolha durante o parto. Este direito já havia sido preconizado pelo documento da OMS de 1985, respaldado nas *evidências científicas* que apontavam para o fato de que a presença de um acompanhante e/ou *doula* que garanta apoio contínuo ao longo do trabalho de parto e pós-parto, reduz significativamente o percentual de partos cesáreos, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia/anestesia e de ocitocina, e a hospitalização prolongada dos recém-nascidos.

crítica médica, utilizando-as como vetores de mudanças sociais. Assim, percebo que *sites* na Internet, como o “amigas do parto” e diversas listas de discussões e *bloggers* como “xô episio”, “mães empoderadas”, “mulheres de respeito” e “desne-cesáreas”, criados e acessados principalmente por mulheres, funcionam como verdadeiras estruturas de informação e comunicação, cujos fluxos estão ocorrendo cada vez mais a nível global.

No site “amigas do parto”, por exemplo, que recebe mais de 800 visitas diárias e se declara um “procon da obstetrícia”, encontram-se *links* como, “o parto pela OMS”, “evidências científicas”, “listas de discussão”, “depoimentos”, “quem indicamos”, “nossos direitos”, “o parto em outras épocas e localidades”, etc. Na seção “depoimentos”, encontram-se narrativas de experiências de parto de mulheres brasileiras que pariram de diferentes formas (partos em hospitais, domiciliares ou em casas de parto) e em diferentes países, além de depoimentos de médicos, pais e enfermeiras. Recentemente, os depoimentos veiculados nesta seção foram transformados em um livro intitulado *Mulheres contam o Parto*.²⁹

O fluxo de informações, imagens e narrativas veiculadas pelo *site* em comentário, além de mostrar o envolvimento e os posicionamentos das mulheres no debate em análise, delinea possibilidades para que os agentes sociais que o acessam desenvolvam uma reflexividade em torno de várias questões relativas ao nascimento, como segurança e eficácia de tecnologias e procedimentos médicos, qual o lugar que as mulheres querem assumir no parto, qual o espaço da maternidade na vida da mulher moderna, etc.

Segundo Giddens (1995), essa atividade crítica do público “leigo” representa também uma modificação nas relações de confiança estabelecidas na modernidade. A

²⁹ Organizado pela jornalista Ciça Lessa e pela terapeuta jungiana Adriana Nogueira e publicado em 2003.

confiança deixa de ser “passiva” e torna-se “ativa” na medida em que as proposições dos especialistas estão abertas à crítica e à contestação. Por outro lado, para Beck (1995), a coalizão entre os sistemas de especialistas e o público “leigo” implica numa espécie de legitimação da reflexividade institucional através da afirmação de uma responsabilidade dialógica entre estes atores sociais.

Isto pode ser melhor entendido quando observamos que uma dimensão essencial e, ao mesmo tempo decorrente de todo o conjunto de concepções “humanizadoras”, é a proposta de a mulher ser a *protagonista* do parto. Ser protagonista, neste caso, envolve, entre outras coisas, a mulher estar informada a respeito de seus direitos, sobre os cuidados que pode receber e exigi-los, além de assumir uma postura ativa frente à equipe de atendimento. Surgem, então, os conceitos de *plano de parto* e de *consentimento informado*.

O *plano de parto*, como o nome sugere, é um planejamento dos procedimentos eletivos no parto, a ser elaborado no pré-natal. A incorporação deste plano no atendimento pretende estabelecer uma concepção de parceria entre as usuárias e prestadores de serviço e uma maior simetria nesta relação. O plano deveria funcionar, então, como uma oportunidade comunicativa e educativa para todos os membros da “equipe” – que agora passa a abarcar também, além dos profissionais, a mulher e eventualmente membros da família.

A conceito de *consentimento informado* expressa que o profissional que presta atendimento ao paciente deveria dar-lhe acesso às informações que têm por base as evidências científicas, de tal modo que esse(a) pudesse dar (ou não) seu consentimento com relação aos procedimentos a serem realizados. Segundo Hotimsky (2001), a inclusão deste direito na pauta de reivindicações contemporâneas dos movimentos feministas e daqueles

ligados à saúde representa um questionamento acerca da distribuição de poder e “expertise” no sistema de saúde.

O movimento feminista, voltado para a construção dos direitos reprodutivos e sexuais, coloca a urgência do desenvolvimento de tecnologias voltada para o “fortalecimento” das pessoas para o exercício destes direitos, incluindo a abordagem de questões como a informação sobre gravidez, parto e procedimentos médicos, a negociação com profissionais e serviços, grupos de auto-ajuda, envolvimento dos pais e da família e a incorporação destas questões no pré-natal (Diniz, 2001). Recentemente, o *consentimento informado* passou a ser considerado um direito humano e uma questão de justiça social pelo Programa Maternidade Segura³⁰ da OMS, como coloca o documento de 1998:

Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam **empoderadas** e seus **direito humanos** – incluindo seus direitos a serviços de qualidade e informações durante e depois da gestação e parto – sejam respeitados. (OMS:1998:98)

Aqui, algumas das características da modernidade reflexiva se tornam bastante nítidas. Como coloca Lash (1995), se a inversão totalizadora da modernização “simples” baseada nos direitos sociais do projeto iluminista é a impessoalidade do Estado burocrático de bem-estar social, então sua contrapartida reflexiva compreende que os serviços de bem-estar social são uma co-produção centrada no cliente e defende um conjunto alternativo de disposições de bem-estar social que capacitam o cidadão.

Em resumo, se a modernidade “simples” fornece o cenário de atomização, normalização, e individualização, descritos por Foucault (1984 e 2003), então sua contrapartida reflexiva envolve a capacitação dos indivíduos. Tudo isto exige, obviamente,

³⁰ A Iniciativa Maternidade Segura é uma campanha mundial, liderada pela OMS, que busca combater a mortalidade materna por causas relacionadas à gravidez ou a parto.

substanciais transformações nas relações médico-pacientes, pois supõe a decisão compartilhada entre os indivíduos e a não tomada de posição de forma unilateral pelo profissional ou pela instituição que presta a assistência. Como assinala Diniz (2001:07) “*a parturiente não seria mais considerada um objeto calado e imobilizado sobre o qual se fazem procedimentos extrativos do feto, mas um sujeito com direito a voz e a movimento, de quem se espera um papel ativo*”.

Contudo, se as instituições emergentes na modernidade reflexiva refletem democrática, responsável e racionalmente sobre os riscos e os efeitos colaterais da modernidade simples, estas instituições “alternativas”, carregam consigo uma grande confiança nas fontes competitivas³¹ da especialização e nos sistemas de especialistas. Como adverte Giddens (1995), até a modernidade reflexiva é uma “devoção cega”, pois as conseqüências da reflexividade podem resultar desavisadamente em novas inseguranças e novas formas de subjugação.

Pesquisas etnográficas como a de Tornquist (2003) e Hotimsky e Alvarenga (2002), por exemplo, realizadas em instituições que vêm implementando as propostas da humanização do parto, convergem para o argumento de Giddens. Estas pesquisas focalizando os padrões de escolha do “acompanhante” no parto, entre mulheres de camadas médias e populares, mostram que muito embora nas novas propostas haja a concepção de que o acompanhante deva ser de *escolha* da mulher, a idéia de que *o pai* seja o acompanhante ideal tem sido incorporada por vários profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas públicas. Esta concepção está fundamentalmente ligada às representações *igualitárias* de gênero presentes nas camadas médias, que se disseminaram

³¹ Conforme Giddens (1995), a competitividade entre os sistemas de especialistas refere-se ao fato de os especialistas tenderem a discordar entre si, não somente porque podem ter sido instruídos em variadas escolas de pensamento, mas porque o desacordo ou a crítica é o motor do seu empreendimento.

no campo da parturição principalmente a partir dos anos 80, sob a denominação de *casal grávido*.³²

A pesquisa de Tornquist (2003), contudo, mostra que para as mulheres de camadas populares, o acompanhante escolhido nem sempre é o pai do bebê, sendo preferida com frequência uma mulher da rede de parentesco: mãe, cunhada, irmã, e, eventualmente, uma amiga. Os cônjuges, quando presentes, diante da iminência do parto, não raro solicitam a troca de acompanhante, apoiados pelas mulheres. Quando um destes abandona seu posto, é alvo de comentários, piadas e chacotas, por parte da equipe: "*diz pro teu marido que ele é um frouxo, não vir assistir um parto lindo destes*", ou ainda "*teu marido fugiu da raia, é?*" e "*O pai ficou com medo de ver o filho nascer, é?*". Colocando em perspectiva os valores e representações que sustentam as iniciativas humanizadoras, a autora argumenta:

Se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater. O ideário do parto humanizado, portanto, contém paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parece estar desatento às diferenças socioculturais entre estas mulheres. Se as experiências de humanização se concentram em aspectos técnicos isolados e num modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de uma cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista da medicina, podem minimizar seu grande potencial que é o do empoderamento das diferentes mulheres no que tange à sua saúde reprodutiva e sexualidade. (Tornquist, 2003)

As mudanças propostas pela humanização do parto trazem um conjunto de questionamentos a cada um dos atores sociais nele envolvidos, propondo ou impondo-lhes

³² Salém (1987), argumenta que o *casal* autodenominado *grávido*, ao propor uma intensa participação masculina durante a gravidez e o parto, pode ser visto como uma experiência ética sintetizadora dos princípios morais da ideologia individualista igualitária das camadas médias urbanas. Ao pressupor uma indiferenciação valorativa entre o masculino e o feminino, o *casal grávido* instigaria cada um dos gêneros a ingressar no universo do outro.

novos papéis. Penso que é importante considerar também que, muito embora, a modernidade reflexiva tenha como base os poderes sempre crescentes dos atores sociais, existem desigualdades nas “oportunidades reflexivas”, ou seja, diferentes condições de acesso aos sistemas de informação e comunicação que se tornaram fundamentais para a referida modernidade.

Vale ressaltar que, embora estes esforços procurem realizar uma modificação de grandes proporções, quantitativas e qualitativas, para além das maternidades e serviços “inovadores” a forma ainda prevalecente de parto hospitalar não tem aderido às novas propostas da OMS e atua obedecendo o modelo de preparação cirúrgica, sendo interdidas água, comida, movimentação, acompanhamento, etc. Além disso, uma ampla gama de reações, negativas e positivas, têm surgido frente às propostas de mudança na assistência, não só por parte dos próprios setores médicos, dos administradores de serviços públicos e privados, dos seguros e planos de saúde, mas também de usuárias e usuários dos serviços.

1.3. A Contracultura e as vanguardas obstétricas dos anos 60 e 70

É importante ressaltar que não são apenas às “evidências científicas” que recorrem os ativistas da humanização do parto. As análises de Tornquist (2002 e 2004) à respeito do movimento detectam a existência de duas vertentes dialogando internamente ao mesmo, às quais ela denominou “vertente biomédica” e “vertente alternativa/naturalista”.

A primeira composta fundamentalmente por profissionais da área da saúde (obstetras, enfermeiras, pediatras, psicólogas, etc.); e a segunda principalmente por mulheres identificadas com valores do universo neo-espiritualista contemporâneo, típico de camadas médias urbanas. Segundo a autora, a participação dos terapeutas e usuários das

chamadas “terapias alternativas”, juntamente com profissionais do sistema “oficial” de saúde, é um elemento importante na configuração da humanização do parto.

Vale a pena recuperar, então, um aspecto dos debates contemporâneos em torno dos ritos de parto e nascimento, menos evidenciado até agora, mas não menos importante, que diz respeito às raízes contraculturais das novas propostas. Interessa-me neste contexto, o “tom”, o éthos, o estilo de vida, que se prolongam dos anos 60 até hoje. Compreendo que é neste contexto mais amplo que estas propostas podem ser bem entendidas.

É bastante conhecida a idéia de que a corrente contestatária dos anos 60/70 atingiu tanto o comportamento sexual quanto a organização da vida familiar, o estilo de morar e de vestir, além de introduzir novos hábitos de consumo e novos valores espirituais. Muitos autores têm ressaltado que os anos 60 foram marcados pela confluência de tendências de pensamento que, originárias das mais diversas esferas da vida social, estabeleceram influências recíprocas e se alimentaram mutuamente na direção de um ideário que se pretendia revolucionário. Graças, em parte, aos meios de comunicação de massa, movimentos de contestação despontam quase simultaneamente em diversos países ocidentais, como o pacifismo, o ecologismo e o feminismo, confluindo para propostas de implantação de sistemas ou estilos de vida alternativos.³³

Uma das características cruciais do imaginário social da época, apontada por Salém (1991), é o questionamento radical a todas as formas de poder e a todas as autoridades constituídas, tendo em vista suas inclinações normalizadoras. Assim, contesta-se o poder do Estado sobre os cidadãos, o dos homens sobre as mulheres, o dos médicos sobre os pacientes, o dos pais sobre os filhos, o das escolas sobre as crianças, etc. Questiona-se o

³³ Veja Rozsac (1969), Salém (1991).

militarismo, o consumismo, o valor do trabalho, e sobretudo a própria representação inerente à sociedade industrial moderna.³⁴

Inicia-se também um processo de renovação espiritual e busca de caminhos místicos que acabou atingindo um público mais amplo, aumentando os fluxos entre Oriente e Ocidente e estabelecendo uma confluência entre novas formas de espiritualidade e práticas terapêuticas não-convencionais. A contracultura foi também um período em que se disseminaram as chamadas comunidades rurais alternativas. Como aponta Magnani :

Estas experiências, na linha de uma atitude mais radical de recusa dos valores vigentes, propunham a adoção de um estilo de vida baseado em outros princípios, frontalmente contrários às distorções da sociedade urbana e de consumo: vida comunitária, frugalidade, espiritualidade em contato com a natureza, produção agrícola sem o emprego de fertilizantes químicos, alimentação natural com base em preceitos da macrobiótica ou vegetarianismo, etc. (Magnani, 2000: 20-21).

A comunidade *The Farm*, criada em 1967, em *Summertown*, no *Tennessee*, por Stephen Gaskin e sua esposa Ina May Gaskin, é uma destas experiências comunais que serve de inspiração para as propostas de remodelação da assistência ao parto, tanto aquelas vinculadas às instituições hospitalares quanto as que buscam revitalizar o parto domiciliar. Desde 1971, junto com um grupo de mulheres chamadas de *parteiras espirituais da Farm*, Ina May oferece atendimento a gestantes e parturientes. Ina May foi uma importante ativista da retomada do parto domiciliar nos Estados Unidos, publicando e editando uma revista trimestral para parteiras e profissionais ligados à assistência ao parto. Além disso, foi presidente da Aliança de Parteiras deste país por sete anos.

³⁴ Poder-se-ia explicitar esta autorepresentação da sociedade moderna a partir daquilo que Giddens (1991) denomina de “*grand narrative*”, enredo dominante na modernidade, o qual assegurava que somos inseridos na história como tendo um passado definitivo e um futuro predizível. A perda da crença no progresso ou, em outras palavras, a desilusão com o mito da modernidade heróica estariam na base da dissolução das grandes narrativas da história.

Seu Livro *Spiritual Midwifery*, apesar de não ter sido traduzido no Brasil, circula principalmente entre praticantes de parto domiciliar, tanto no original em inglês, quanto em uma versão traduzida (de um de seus capítulos) produzida pelo Centro de Estudos “Se Oriente Ocidente”, de Salvador, que realiza um trabalho pedagógico em educação perinatal com gestantes e parteiras tradicionais.³⁵

A obstetrícia não passou incólume aos efervescentes anos 60. Dois obstetras francêses, que beberam no caldo contracultural sessentista, ficaram mundialmente conhecidos, por suas influências teóricas e práticas, e suas idéias são sempre evocadas pelos ativistas da humanização do parto bem como pelos praticantes de parto domiciliar: Frederick Leboyer e Michel Odent.

Leboyer ficou conhecido por introduzir novas “atitudes” na sala de parto, com o intuito de diminuir o trauma físico e sensorial do recém-nascido, como o corte do cordão umbilical apenas quando este pára de pulsar; a imediata colocação do bebê após o nascimento sobre o ventre da mãe para ser acariciado e amamentado; e o banho morno no recém-nascido, ainda na sala de parto, com o intuito de fazê-lo reviver a sensação de estar no útero. Leboyer também se preocupou com o ambiente da sala, utilizando luzes fracas e exigindo um clima de silêncio no momento do nascimento.

As modificações que Leboyer incluiu no momento do parto foram largamente inspiradas por suas visitas a Índia, onde segundo suas declarações, ele teria se submetido a uma técnica de regressão ao momento do parto, através da qual pôde vivenciar a *violência*

³⁵ Atualmente Ina may participa de inúmeras conferências e palestras ao redor do mundo. Em 2000, esteve no Brasil, como uma das conferencistas da Conferência Internacional pela Humanização do Parto e do Nascimento realizada em Fortaleza, no Ceará.

de seu próprio nascimento, com uso de fórceps, palmadas nas nádegas, separação brusca da mãe e ofuscamento por causa das luzes fortes da sala de parto.

Em seu livro *Por um nascimento sem violência*, publicado na França em 1974, o obstetra introduziu para o público suas idéias, tecendo críticas à *tecnologização* e à *desafetivização* do parto, bem como à perda do gosto pela simplicidade. O livro teve uma repercussão significativa, sendo rapidamente difundido para outros países - inclusive para o Brasil, no mesmo ano de sua publicação na França, sob o título *Nascer Sorrindo*. Mais tarde, publica *Shantala* (1976), um livro repleto de fotos que ensina para os ocidentais uma massagem tradicional indiana, realizada nos bebês pelas mães. Tornquist (2004) ressalta que, segundo Michel Odent, declaradamente seguidor de Leboyer, o que seu “mestre” propunha não era um método, mas sim uma “filosofia”, uma “arte”.

Michel Odent vai desenvolver as idéias de Leboyer, conduzindo-as a um ponto de vista acentuadamente científico, ligado sobretudo às descrições da fisiologia e da etologia, sendo considerado atualmente um dos principais ideólogos do parto humanizado no mundo. Dentre suas obras mais conhecidas citamos *Birth Reborn* (1984) e *A Cientificação do Amor* (2000). Odent preocupa-se em descrever o que se passa no cérebro durante o parto, enfatizando que o ambiente e as relações estabelecidas com a parturiente são fundamentais para o sucesso do parto.

Segundo o obstetra, quando há inibições no processo do parto, estas se originam de estimulações ao neocórtex provindas do ambiente, como luzes fortes, linguagem racional³⁶ e a sensação de estar sendo observada por pessoas estranhas, às quais deve responder. Neste sentido o neocórtex atrapalharia o funcionamento das estruturas mais “primitivas” e

³⁶ Como exemplo, o autor cita o fato de uma mulher em trabalho de parto ter que ficar respondendo a formulários hospitalares (Odent, 2000: 32).

“instintivas” do cérebro que compartilhamos com todos os mamíferos. Assim o autor afirma que deveríamos seguir as estratégias dos animais, que sempre dão à luz em privacidade:

Podemos dizer que, quando uma mulher está em trabalho de parto, a parte mais ativa de seu corpo é seu cérebro primitivo – aquelas estruturas muito antigas do cérebro (o hipotálamo, a glândula pituitária, etc.) – que compartilhamos com todos os mamíferos. (...) É irônico como todos os mamíferos não humanos, cujo neocórtex não é tão desenvolvido quanto o nosso, têm uma estratégia para parir em privacidade – aqueles que são normalmente ativos durante a noite, como os ratos, tendem a parir durante o dia. Outros como os cavalos, que são ativos durante o dia, tendem a dar à luz durante a noite. As cabras se separam do rebanho, e cabras selvagens dão à luz nas áreas mais inacessíveis das montanhas. Nossos parentes mais próximos, os chimpanzés, também vão pra longe do grupo. Qualquer situação que estimule um disparo na liberação de adrenalina também tende a estimular o neocórtex e, como resultado, a inibir o processo de parto. Isto significa antes de mais nada que uma mulher em trabalho de parto precisa se sentir segura (Odent, 2000: 31-33).

Para o sucesso do parto, o obstetra cria, então, na maternidade de Pithiviers, na França, as “salas de parto selvagem” com características especiais, quase minimalistas: o ambiente amplo com as paredes pintadas de alaranjado e com poucos móveis – apenas um estrado com almofadas, uma pequena geladeira e um sistema de som (Odent, 1984).

Além disso, ele atribui um papel fundamental aos “hormônios”, em especial à ocitocina, a qual ele chama de “hormônio do amor”, pois ela estaria presente em várias situações da vida sexual e reprodutiva: no parto, estimulando as contrações uterinas; na amamentação, contribuindo para a descida do leite materno e no orgasmo; além de estar presente nos transe místicos.

Acirrando a retórica “antimedical” de Leboyer, Odent confere um papel proeminente às parteiras, sob a alegação de que as mulheres são “naturalmente” dotadas de um tipo de sensibilidade mais próxima do instintivo e do afetual que se sintonizaria com o estado da gestante em trabalho de parto. Os participantes, no caso o pai da criança, a parteira e até mesmo o médico, deveriam cumprir sobretudo um papel de “apoio afetivo” e não “técnico”.

Odent questiona também o uso da postura dorsal pelas mulheres durante o parto, que além de ser considerada a menos fisiologicamente adequada, é rechaçada por simbolizar a passividade e inatividade da parturiente diante do próprio parto.

No Brasil, no mesmo período, o obstetra Moysés Paciornik ganha popularidade por incentivar o “parto de cócoras”. As vantagens dessa posição ele descreve em seus livros *Aprenda a Nascer com os índios* (1979) e *Aprenda a envelhecer sem ficar velho* (1997). De acordo com suas declarações, na década de 60, ao participar de um programa de prevenção ao câncer ginecológico em uma reserva indígena no Oeste Catarinense³⁷, ele teria se surpreendido com a condição dos genitais das índias *kaingang*: “*infinitamente melhores do que os das ‘civilizadas’*” (Paciornik, 1997:20).

O obstetra concluiu, então, que o hábito cotidiano de acocorar-se, bem como de carregar os filhos pequenos às costas, suportados por uma faixa apoiada na frente, afetava diretamente os músculos perineais da índias. Pois “*ao agachar-se o canal vaginal se abre sob tensão e ao levantar-se com a criança às costas o canal se cerra sob pressão. Durante todo dia, todos os dias da vida, dezenas de vezes por dia, ela repete este forçado abre-fecha. Como exercício físico para o fortalecimento dos músculos da vagina, não pode haver melhor*” (Paciornick, 1997:36-37).

Por isso aconselha as “civilizadas” a exercitarem estes músculos, ficando de cócoras sempre que puderem ou fazendo os exercícios físicos diários desenvolvidos por ele e batizados com o nome de *ginástica kaingang*. Segundo ele, a posição “de cócoras” seria a mais adequada para o parto, pois nesta posição o canal da vagina se alarga e não é comprimido pelo peso da bexiga nem pela pressão do reto, como acontece quando a mulher está deitada.

³⁷ Reserva indígena Chapecó, localizada no município de Xanxerê.

A posição da mulher no parto veio a ser um tema fundamental para as discussões da humanização e há inclusive uma publicação exclusiva sobre este assunto, reunindo várias pesquisas recentes de obstetras brasileiros, ingleses e espanhóis a respeito das vantagens do uso da posição *vertical* para o parto.³⁸

Entra em cena, então a “cadeira de parto de cócoras”, um novo instrumento produzido no seio do movimento que vai se tornar um dos símbolos do parto humanizado e do “empoderamento” feminino. A primeira versão dela foi produzida por Paciornik. Posteriormente, na década de 80, Hugo Sabatino³⁹ desenvolveu e patenteou um modelo próprio desta cadeira, inspirando-se nas idéias de Paciornik. Adotar esta posição teria como objetivo, além das vantagens para a fisiologia do parto apontadas por Odent e Paciornik, incentivar as mulheres a adquirirem uma posição *ativa* frente os mecanismos disciplinadores do parto, pois a parturiente poderia estabelecer um melhor relacionamento com a equipe médica e com a família, além de ter uma liberdade maior de movimentação, ou seja, ela poderia com frequência levantar-se entre as contrações, caminhar e voltar a se sentar.

Além disso os sentidos articulados em torno do “parir de cócoras” convergem para a idéia de “parto natural”. Pode-se dizer, inclusive, que estes termos se tornaram intercambiáveis. Isto acontece não apenas porque a posição de cócoras passa a ser

³⁸ Esta publicação chama-se Parto Humanizado: Formas Alternativas (2000) organizada por Hugo Sabatino, Peter Dunn e R. Caldeyro-Barcia. Estes autores, somando seus argumentos aos de Paciornik, enfatizam *a melhor utilização da força da gravidade*, que ao dirigir o peso do feto e o líquido amniótico para baixo, coopera com as contrações uterinas na abertura do canal de parto, contribuindo para um trabalho de parto mais rápido e eficiente.

³⁹ Hugo Sabatino é obstetra, professor e pesquisador da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), onde, além destas atividades, vem implementando métodos de preparação para casais principalmente em relação à utilização de posturas verticalizadas para o parto. Atualmente Sabatino divulga a cadeira de parto de cócoras na Espanha.

entendida como a mais “fisiologicamente adequada”, mas porque ela é também considerada mais próxima do “instintivo”, mais “primitiva”, mais “indígena”.

Na década de 70 torna-se também crescente o interesse acadêmico pelo tema da gravidez e do parto, gerando uma profusão de estudos com este objeto, alguns deles notadamente vinculados a questões feministas. Nestes últimos, a função reprodutora é assinalada como a base sobre a qual se assenta a opressão feminina e o fenômeno da medicalização do nascimento é apontado como mais uma, e fundamental, instância de expressão do poder masculino.⁴⁰

Um dos trabalhos que se desenvolveu sob a influência destes estudos foi o da inglesa Sheila Kitzinger, antropóloga e feminista, que se dedicou a estudos transculturais sobre parto e nascimento.⁴¹ Posteriormente tornou-se preparadora de gestantes e casais, criando um método próprio chamado de “método psico-sexual”. Tal método sugere que grupos de orientação “psico-sexual” cumpririam o papel de “redes de apoio” para os cônjuges e sublinha o potencial psicoterapêutico das trocas afetivas entre mulheres. Para ela também as informações a respeito da anatomia e da fisiologia do parto seriam imprescindíveis para o casal exercer seus “direitos de escolha” frente o poder médico, incluindo sobre “onde” e “com quem” quer ter seus filhos.

Além disso, escreveu vários livros sobre parto para casais, que ela própria chamou de “manuais”, alguns traduzidos para o português como *Um estudo Antropológico da Maternidade* (1978) e *A Experiência de Dar à Luz* (1987). Kitzinger foi também uma entusiasta do parto domiciliar e seus manuais nunca deixam de fazer referência a ele.

⁴⁰ Veja Ehrenreich & English (1974); Kitzinger (1978); Rosaldo & Lamphere (1979); Ortner e Whitehead (1981). Para uma revisão da produção teórica de cunho feminista nas ciências sociais, ver Francheto, Cavalcanti e Heilborn (1981).

⁴¹ Principalmente na Europa, América do Sul e do Norte, Israel e África do Sul.

Na mesma linha, a também inglesa Janet Balaskas desenvolveu um trabalho de orientação para gestantes chamado de *Parto Ativo*, cujo livro de mesmo nome, circula juntamente com os de Kitzinger entre praticantes de parto domiciliar e proponentes da humanização.

Salém (1987) ressalta que todas estas propostas subsequentes ao *Parto Sem Dor* trouxeram para o campo da parturição, com mais entusiasmo que os proponentes da geração de 50, a idéia da inclusão do pai no parto, da autonomia da parturiente e da valorização do feto e do recém-nascido como sujeitos dotados de individualidade e vontade, além de uma valorização da espontaneidade, dos instintos vitais e da desrepressão.

A autora considera estas propostas, bem como o próprio *Parto Sem Dor*, como “vanguardas” obstétricas antecessoras da proliferação em vários países de técnicas e métodos de preparação para o parto, bem como dos fenômenos do *casal grávido* e da reivindicação pelo *parto natural* que ganharam projeção no Brasil nos anos 80. Reunindo estas propostas sob a denominação de “movimento de revisão do parto”, Salém (1987) argumenta que há uma sintonia entre este movimento e o “clima” que caracterizou a convulsão ideológica da contracultura.

Análises recentes de Tornquist (2004) sobre o movimento de humanização do parto assinalam que este movimento pode ser visto como um desdobramento mais recente do ideário destas vanguardas obstétricas e que englobou as propostas anteriores:

È difícil definir o momento exato em que os *herdeiros* do Parto sem Dor dos anos 70, identificados com o parto natural, aderiram ao que hoje se chama parto humanizado, ou se não aderiram, pelo menos passaram a vê-lo como sendo parte deste movimento. Na verdade, as Conferências da OMS forjaram a elaboração de uma nova identidade, em tono do termo *humanização da assistência*. (...) É bom ressaltar que o Parto Humanizado dos anos 90 e 2000 veio englobar as propostas anteriores, sucessoras do Parto sem Dor. (...) Michel Odent, particularmente, parece ser mesmo a expressão deste processo, na medida que postulava o parto ecológico/natural nos anos 70, passando a ser um dos principais ideólogos da humanização no campo desse movimento. (Tornquist, 2004:140)

Assim, buscando compreender os anos 60 como forma de conferir inteligibilidade à retórica obstétrica vanguardista, Salém (1991) considera que o movimento contracultural representa uma vertente muito específica da ideologia individualista⁴², que lhe imprime um caráter libertário. A contracultura seria o momento de anúncio de uma moralidade articulada em torno da plena manifestação do sujeito e de suas idiossincrasias e da recusa a hierarquias e normalizações. À moralidade emergente neste período, Salém (1991) denominou *individualismo libertário*, uma vez que apregoa que o regime ideal a que deve ser submetido o indivíduo é a “liberação”, ou seja é o indivíduo que deve liberar-se de todas as amarras do poder e dos constrangimentos sociais.⁴³

Salém (1987) assinala, no campo da parturição, três radicalizações empreendidas pelas propostas subsequentes ao *Parto sem Dor*, que estariam sintonizadas com “clima” dos anos 60: que a retórica vai se afirmando como mais *desmedicalizada*, mais *psicologizada* e que há uma inflexão, que da externalidade do código dirige-se cada vez mais para a *internalidade do sujeito*. Há por parte destas propostas subsequentes uma rejeição aos

⁴² O individualismo, diz respeito a uma elaboração ideológica particular ao Ocidente marcada pela institucionalização do indivíduo como valor englobante, um valor postulado como sendo maior e mais importante do que a sociedade da qual ele é parte. De modo geral recorre-se ao termo “individualismo” para denotar esse modo de representação da pessoa, que seria peculiar, senão instituinte da modernidade. Louis Dumont pode ser considerado o pensador contemporâneo que mais extensamente se dedicou a estudar os contornos e efeitos deste tipo de configuração moral sobre o tecido social. Para um aprofundamento nessa questão ver Dumont (1987 e 2000)

⁴³ Tornquist (2004) lembra que no Brasil, nos anos 70, alguns figuras públicas que adotaram um estilo de vida contracultural, identificadas com valores como desrepressão, liberdade e autenticidade, ou mesmo com o campo político de esquerda (como Leila Diniz, Caetano Veloso, Rita Lee, Gilberto Gil e Raul Seixas) tornaram-se proeminentes na mídia, através de filmes, livros e músicas evocando temas como ecologia, celebração do feminino, sexualidade etc. No contexto político, a autora assinala o deslocamento da idéia de uma esquerda tradicional para uma de vida alternativa, evocando a figura de Fernando Gabeira, espécie de porta voz das reivindicações libertárias nos meios de comunicação. Posteriormente, a idéia de fazer um “parto natural”, incorporada em alguns meios intelectuais alternativos, passou a ser uma espécie de ritual de passagem que vinha conferir distinção ao casal/família e mesmo à criança que passasse por esta experiência.

conteúdos prescritos do método do Parto sem Dor, pela sua rigidez disciplinar que desconsiderava as idiossincrasias e a unicidade de cada caso específico.

No lugar da obediência estrita ao receituário médico propugnada pelo *Parto sem Dor*, as vertentes mais recentes do movimento estimulam o indivíduo a fazer uso de seu “direito de escolha”, de sua “liberdade” .

Contudo, Salém ressalta que o “movimento de revisão do parto” engendra um paradoxo singular: em favor da *desmedicalização*, surge uma *medicalização de segundo grau*, uma vez que a exigência de familiaridade com os procedimentos técnicos em nome da autodeterminação dos sujeitos redundava num maior envolvimento com o paradigma médico. Assim, se há uma perda da centralidade do médico no desenrolar do parto, a lógica da hierarquia é substituída por uma representação *igualitária* que, apesar das reservas à intervenção médica, não dispensa os obstetras do evento.

Salém procura mostrar que as bandeiras do “movimento de revisão do parto” estão inextricavelmente comprometidas com uma concepção particular de sujeito, com o preceito da antinormatividade e da igualdade (enquanto formador da relação homem/mulher, médico/paciente) e que sua linguagem de legitimação extravasa a médica para amparar-se em dispositivos de psicogenicidade. É deste ponto de vista que Salém analisa o fenômeno do *casal grávido*, emergente no Brasil nos anos 80, que descreverei no tópico seguinte.

1.4. O casal grávido

Os anos 80 marcaram a crescente participação do pai nos eventos relacionados à gravidez, parto e cuidados com a criança. A disposição de reinserir a experiência da gestação e do nascimento em um contexto afetivo aparece como uma das características

centrais dessa proposta, contudo, diversamente do verificado nas sociedades tradicionais: a ênfase no compartilhar emoções e tarefas não diz respeito à comunidade nem à família extensa, mas antes ao casal.

No Brasil, a década de 80 marca também a difusão das reivindicações pelo “parto natural” e a proliferação de cursos pré-natais coordenados na sua maioria por psicólogos, obstetras e terapeutas corporais. Contudo, Salém (1987) observa que embora a ênfase do casal em realizar o parto da forma “mais natural” possível anuncie uma postura de reserva ao recurso, visto como abusivo, à moderna tecnologia obstétrica, o *casal grávido* de modo algum prescinde de especialistas. Aliando-se a médicos que como ele se declaram críticos do sistema médico dominante, o casal também encontra-se atrelado a profissionais de outras áreas, em particular a psicólogos e aqueles dedicados a trabalhos corporais, visto que tanto a preparação física como a psicológica passam a ser considerados fundamentais para o parto.

Além disso, segundo a autora, o rótulo “casal grávido” evoca uma modalidade particular de relação entre os cônjuges visceralmente comprometidos com o valor da igualdade. A incorporação do homem na gravidez e no parto anuncia uma ética que, para além de uma indiferenciação de domínios e papéis, postula uma “con-fusão” entre identidades masculinas e femininas. Salém (1987), cunha o termo *casal igualitário* para analisar o fenômeno do *casal grávido*, na medida em que este, ao embaralhar os papéis de gênero estaria postulando uma indiferenciação valorativa que instigaria cada um dos gêneros a ingressar no universo do outro. Segundo Salém (1987), os cursos pré-natais, são apontados como espaços cruciais para a construção dos preceitos do “pai participante” e do *casal grávido*.

O foco no casal insinua também que, no que diz respeito à família, os núcleos de proveniência, ou seja, as redes de parentesco, são excluídas do drama ou consideradas secundárias, em prol de outras redes de solidariedade e suporte, compostas fundamentalmente por especialistas. Nesse sentido, a nuclearização e privatização da nova unidade familiar impõem-se sobretudo como um “valor” no interior do ideário do *casal grávido*.

A autora também argumenta que a representação do *indivíduo* como *um ser psicológico* desponta como um princípio estruturante da visão de mundo dos sujeitos em pauta. A este princípio articulam-se outros dois: o da *igualdade* e o da *mudança*. O primeiro, o da igualdade, refere-se ao antagonismo à englobamentos hierárquicos e à indistinção de domínios e/ou qualidades femininas e masculinas. E o segundo, o da mudança, refere-se à autoconotação vanguardista que orienta a percepção dos sujeitos acerca das distinções geracionais, ou seja o casal grávido pretende “fazer diferente” dos seus pais. Em sentido lato, ser *casal grávido* significa ter uma identidade ética fundada na psicogenicidade, no igualitarismo e na mudança.

Outros estudos enfocando as “maternidades alternativas” dos anos 80, como os de Almeida (1987) e Lo Bianco (1985) também tentam dar conta da difusão das psicologias, e particularmente da psicanálise, nas camadas médias brasileiras.⁴⁴ Lo Bianco (1985), por exemplo, explora o fenômeno denominado *psicologização do feto* como sendo um dos

⁴⁴ A literatura nacional que versa sobre os segmentos médios “modernos” focaliza, precisamente, a vertente psicologizante da ideologia individualista. Questões como “igualdade”, “autenticidade”, “coerência”, “projeto” e “consciência do self” são destacadas como pilares que sustentam a ética e a visão de mundo de tais segmentos. Valores imputados à “escolha”, à “vida pessoal, privada e subjetiva” são temas que se afirmam com maior vigor a partir dos anos 60/70. O *boom* psicanalítico observado nestas décadas é destacado pela literatura em pauta como consequência e ao mesmo tempo como produtor desta modalidade de individualismo. Os trabalhos que endossam este recorte são os de Figueira (1985 e 1987) e Almeida (1987), Lo Bianco (1985).

aspectos dessa “cultura psicanalítica”⁴⁵, atinente as modificações nas relações materno-infantil entre camadas médias. Ao comparar mulheres desses segmentos com mulheres do subúrbio do Rio de Janeiro, Lo Bianco (1985) assinala que, enquanto nas camadas médias a gravidez é um estágio transitório *da* maternidade, nas camadas populares a gravidez é considerada uma transição *para* a maternidade. Esta diferença estaria presente na maneira de a mulher referi-se à sua condição de mãe e ao feto.

No caso das camadas populares, a maternidade propriamente dita se coloca no futuro, onde a condição de mulher irá mudar fundamentalmente depois de o bebê ter nascido, sendo que a preocupação fundamental é com as condições de sobrevivência da criança após o nascimento e não com gravidez em si. Nas camadas médias a condição de mãe se faz presente desde o início da gravidez. Essa é vista como uma época para se dar início à relação com a criança que irá nascer, sendo que a comunicação intra-uterina entre mãe e feto é considerada um elemento importante para a formação psicológica do bebê.

Segundo Tornquist (2004) o contexto de emergência do movimento de humanização do parto no Brasil, coincide com a incorporação do ideário do *casal grávido*, notadamente pelas camadas médias urbanas.

1.4. Revitalizando o parto doméstico

O conjunto de valores, idéias e imagens que fizeram eco no campo da parturição a partir da década de 60 e 70 não redundou apenas na proliferação de métodos e técnicas de preparação para a gravidez e em propostas de renovação da assistência institucional. No

⁴⁵ Termo cunhado por Figueira (1987) que pretende aludir ao papel atualmente desempenhado pela psicanálise difundida – ou pelo psicologismo – nos valores e crenças de setores médios brasileiros.

Brasil, nos interstícios deste movimento alguns profissionais da área da saúde começaram a atender partos domiciliares nas cidades. Desde fins da década de 70 médicos e enfermeiras obstétricas muito deles ligados vinculados à homeopatia e à acupuntura e posteriormente à humanização do parto, têm realizado este tipo de atendimento.

Atualmente, o incentivo do Ministério da Saúde na abertura de Casas de Parto no Brasil frutificou na inauguração da maior casa de parto de São Paulo, chamada Casa de Maria, cujo atendimento é feito por “obstetizes”⁴⁶. Este acontecimento vem despertando mais um acalorado debate entre as entidades médicas, que afirmam que o parto é um “ato médico de risco”, que requer uma infra-estrutura hospitalar para o atendimento de emergência, e as entidades pró-casas de parto articuladas em torno da humanização, que defendem que as casas de parto, além de proporcionarem “um ambiente semelhante ao domicílio”, constituem-se numa forma de “devolver o nascimento à família”, na medida em que esta pode estar presente ajudando a mulher a enfrentar os desafios do parto”.⁴⁷

Embora ainda considerado, de modo geral, “alternativo”, o parto fora do hospital encontra respaldo nas recomendações da OMS, desde que sejam observadas determinadas condições como: o atendimento por pessoa qualificada, ou seja, com treinamento de “obstetiz” e esquemas de transporte comunitário que possibilitem que a mulher chegue em tempo hábil e em segurança ao um centro de referência caso surjam complicações.

Movimentos feministas e aqueles voltados para os direitos em saúde têm apoiado essa iniciativa, principalmente porque ela envolve a revalorização da profissão de parteira, sendo considerada a provedora de assistência à saúde mais apropriada para prestar o

⁴⁶ O termo "obstetiz" é comumente utilizado nos documentos da OMS e na literatura sobre parturição como sinônimo de parteira que passa por cursos de formação em obstetrícia.

⁴⁷ A Casa de Maria foi construída num espaço próprio, porém anexo ao hospital geral Santa Marcelina em São Paulo. Mais informações acerca do debate em torno das casas de parto podem ser acessadas no site: <http://www.casasdeparto.com.br>

atendimento à gestação normal e ao parto normal, nestes casos. Logicamente a OMS refere-se a parteiras “diplomadas”, ou seja, que tenham passado por cursos de capacitação e treinamentos. No Brasil, entidades como a Cais do Parto e o Grupo Curumim, em Pernambuco, trabalham com o treinamento de parteiras tradicionais e junto com a Rede Nacional de Parteiras buscam organizar a categoria, lutando para que ela consigam ter seu trabalho reconhecido como profissão e para que sejam remuneradas por ele.⁴⁸

Por outro lado, o parto domiciliar vem encontrando outras possibilidades de ser realizado, não apenas por médicos e profissionais da área da saúde ou parteiras tradicionais treinadas ou não nos moldes da humanização do parto. A exemplo, em minha pesquisa de campo junto aos praticantes de parto domiciliar em Florianópolis, detectei a emergência de novos *parteiros e parteiras urbanos*⁴⁹ que prestam este tipo de atendimento e cuja formação aproxima-se da aprendizagem “empírica” das parteiras tradicionais, ou seja, aquela que se dá a partir da própria experiência, acrescida de concepções autodidatas provenientes de fontes diversas: terapêuticas de origem oriental (medicinas chinesas e japonesas, yoga, renascimento, diversas formas de meditação), elementos dos saberes populares e indígenas, de psicologia jungiana, e de “estudos teóricos” sobre obstetrícia (guias e manuais de obstetrícia doméstica e estudos provenientes da vertente biomédica da humanização do parto).

Pude notar que grande parte da literatura produzida pelo movimento vanguardista de “revisão do parto”, que circula entre os praticantes do parto humanizado, também circula

⁴⁸ Desde 2001, a OMS instituiu o dia 5 de maio como o Dia Internacional da Parteira, data que vem sendo celebrada sobretudo pelas organizações que trabalham em prol da valorização das parteiras tradicionais. Segundo Suely Carvalho, coordenadora da Rede Nacional de Parteiras, existem hoje no Brasil cerca de 60 mil parteiras tradicionais em atividade. A maioria delas está concentrada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, sendo que desse total, 75% estão na zona rural.

Fonte: <http://www2.uol.com.br/pagina20/5demaio2003/site/04052003/estilo.html>, acessado em 12/11/04.

⁴⁹ Utilizo o qualificativo “urbanas” para diferenciá-los das parteiras “tradicionais”. Embora se assemelhem a estas em várias características, não se confundem com elas, engendrando suas próprias especificidades.

entre os praticantes de parto domiciliar⁵⁰. Além disso os dois grupos compartilham de críticas muito semelhantes ao modelo biomédico de atenção ao parto, visto como altamente tecnologicado e desengajado afetivamente dos pacientes.

Muito embora o envolvimento dos praticantes de parto domiciliar com o sistema médico não seja completamente excluído - acontecendo também através de consultas pré-natais - dentre meus entrevistados, em alguns casos apenas o casal contando com ajuda de alguns parentes como mães e sogras, ou com o auxílio de amigos muito próximos, tinha realizado o parto. No caso destes informantes, os cuidados com o corpo (principalmente com exercícios físicos e com a “qualificação” da alimentação) vinculados a uma adesão ao naturalismo bem como as noções de “autonomia” e “independência” do sistema médico, mostraram-se especialmente relevantes em suas falas. O protagonismo da mulher, do pai e também do bebê são ressaltados até com mais veemência que na humanização do parto hospitalar.

Estas primeiras percepções levavam-me constantemente a indagar em que medida o parto domiciliar compartilhava uma visão de mundo semelhante àquela dos proponentes da humanização do parto, visto que ambas as propostas de parto são atualmente praticadas por gerações que absorveram em larga medida as transformações sociais e culturais da contracultura - que trouxeram consigo a valorização da mulher, do recém-nascido e também do pai da criança como sujeitos do parto, bem como da afetividade, dos “instintos”, da busca pelo “natural”, além de um conjunto de críticas à utilização excessiva da tecnologia no parto.

⁵⁰ Observei freqüentes referências ao livro *Nascer Sorrindo* de Leboyer, *Parto Ativo* de Janet Balaskas e *A Cientificação do Amor* de Michel Odent.

Num primeiro momento, o movimento pelo parto humanizado no Brasil pareceu-me englobar o parto domiciliar, visto que, além do fato de alguns profissionais ligados à humanização prestarem atendimentos domiciliares, há um diálogo intenso entre os dois universos. Contudo, a escolha pelo “domicílio” como lugar ideal para o parto em detrimento dos “hospitais humanizados”, já apontava, para algumas fronteiras espaciais e simbólicas entre os dois fenômenos. Porque afinal a *casa* como lugar ideal para o parto? E ainda prescindindo de especialistas médicos? Em que se baseia a confiança nas relações entre parteiros(as) urbanos e aqueles a quem prestam atendimento? E se o movimento contracultural engendrou o individualismo libertário e no âmbito dos nascimentos culminou com o ideário individualista igualitário do *casal grávido*, como coloca Salém (1987), será que podemos pensar nesses termos em relação ao parto domiciliar? Que tipo de indivíduos estão nascendo junto com ele?

Aos poucos algumas respostas a estas questões foram se delineando, a partir da imersão no campo e do constante diálogo com as teorias antropológicas, sociológicas e “nativas”. A aproximação propriamente etnográfica ao parto domiciliar permitirá pensar o que acontece com certas idéias “mestras” (no caso, o ideário da contracultura) que foram um dia apanágio da “vanguarda”, quando elas começam a se capilarizar no corpo social.

DO ENCONTRO ETNOGRÁFICO

“Tudo o que desejo sublinhar é que o que se traz de um estudo de campo, depende muito do que se leva para ele.”
Evans-Pritchard

Antes de apresentar a etnografia dos ritos de parto e nascimento domiciliares, considero pertinente tecer algumas considerações acerca das condições de produção deste trabalho etnográfico. Para isso, tomo a epígrafe acima como mote para reflexão.

2.1. Trajetórias e encontros: construindo o objeto da pesquisa

Como o próprio Evans-Pritchard (1978) assinalou, o trabalho de campo envolve, entre outras coisas, duas dimensões fundamentais: a primeira refere-se ao fato de que é a partir da inserção do pesquisador em uma temática de estudos, que este pode estar sensibilizado a respeito de quais perguntas pode fazer sobre um determinado contexto ou objeto de pesquisa. Além disso, ao envolver dimensões como a intersubjetividade, o encontro etnográfico envolve toda a personalidade do pesquisador, “cabeça e coração”, como dizia o autor. Tudo aquilo que moldou a personalidade do pesquisador está envolvido na pesquisa, não só a formação teórica, mas amizades, família, contexto sócio-histórico, idade, sexo, experiências anteriores, etc.

Neste sentido, considero válido retomar algumas experiências que abriram caminho pra a elaboração desta dissertação e que me conduziram a estudar os ritos de nascimento e parto sob o enfoque da antropologia. Não se trata, entretanto, de imaginar a etnografia confundida com a autobiografia do pesquisador, mas, como assinala Gonçalves da Silva

(2000), de fazer desta também um elemento de reflexão que possibilita compreender a proximidade e a distância social que une e separa o antropólogo e os grupos que estuda.⁵¹

Meus encontros com o parto e com a antropologia deram-se quase simultaneamente. Em 2000, quando terminava minha formação em psicologia, tive a oportunidade de realizar um estágio na Maternidade do Hospital Universitário da UFSC, em Florianópolis, durante o período de um ano. Nesta Maternidade, tive a oportunidade de vivenciar as rotinas e práticas de uma instituição hospitalar que procura adequar-se às propostas de remodelação da assistência à saúde perinatal preconizadas pela OMS.

Fazendo parte de um hospital público, a Maternidade do HU atende a uma clientela bastante heterogênea, incluindo a própria comunidade universitária (professores, alunos e funcionários), bem como os moradores dos bairros adjacentes à universidade, pertencentes às camadas médias e populares. Criada em 1995, ela foi concebida junto com a elaboração de um conjunto de princípios chamados de *Filosofia da Humanização* ou mais freqüentemente de *Filosofia da Maternidade*.⁵²

Dentre as várias possibilidades “inovadoras” que oferece, ressalto o direito a um acompanhante da escolha da parturiente para estar junto dela durante todo o período de internação, incentivo ao parto vaginal e a opção do “parto de cócoras”, o alojamento conjunto da mãe e do bebê, incentivo ao aleitamento materno, a utilização de técnicas não medicamentosas para o alívio da dor (massagens e banhos), grupos de preparação para o parto, etc. Além disso, a Maternidade também visa a diminuição de intervenções

⁵¹ Desde Malinowsky, quando a observação participante passa a ser considerada a marca registrada da antropologia, vários antropólogos vêm refletindo acerca das condições de produção da etnografia. Ressalto, como contribuições para esta discussão, além de Evans-Pritchard (1978), as de Velho (1980), Peirano (1995), Gonçalves da Silva (2000), Grossi (1992) e Da Matta (1974 e 1987).

⁵² Outras iniciativas semelhantes em hospitais universitários e/ou públicos, levantadas pela análise de Tornquist (2004), são a Maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, Sofia Feldman em Belo Horizonte, Itapeirica da Serra em São Paulo, CISAM em Recife.

consideradas “agressivas” (lavagem intestinal, raspagem dos pelos pubianos, a posição deitada durante o trabalho de parto e parto, o uso indiscriminado de ocitócitos⁵³ para indução do parto, cesarianas eletivas, etc.) Conhecida como “maternidade humanizada”, ali procura-se fazer deste conjunto de proposições *inovadoras* uma realidade possível, contudo não sem dificuldades e contradições.⁵⁴

Como estagiária de psicologia, eu realizava acompanhamentos psicológicos das gestantes, parturientes e puérperas ali internadas por razões diversas. Durante minha permanência na Maternidade, algumas frentes novas de trabalho foram abertas para o setor de psicologia, principalmente a partir da valorização do “apoio emocional” durante o parto através de *doulas*, preconizado pela OMS e que começava a ser introduzida naquela instituição. Assim, tive a oportunidade de participar de inúmeros partos. Logo vi-me dedicada a esta tarefa grande parte do tempo em que passava no hospital, motivada por uma espécie de fascínio e de gosto pessoal mais do que pela frequência com que a instituição requisitava este tipo de atendimento.

Participar destes partos foi, em muitos momentos, uma experiência “visceral”. Não apenas em função de que meu envolvimento com a cena e os atores do centro obstétrico passava em larga medida por “questões emocionais”, mas pelo fato de que meu trabalho funcionava, muitas vezes, como uma espécie de “ponte” entre a gestante e a equipe, procurando estabelecer elos comunicativos entre ambos que, por razões diversas, constantemente se rompiam. Estas tarefas exigiam um profundo empenho emocional, para

⁵³ Medicação produzida a partir de hormônios sintéticos que, quando administrada, produz aumento das contrações uterinas.

⁵⁴ Em 2000, esta Maternidade foi agraciada com o prêmio Galba de Araújo, concedido pelo Ministério da Saúde, sendo considerada, a partir de então, um “centro de referência” para o atendimento humanizado no sul do país. Para um etnografia “densa” desta maternidade, ver Tornquist (2004) e (2003)

o qual eu tentava me preparar acionando várias facetas de minha própria experiência, bem como do cabedal psicológico e também da antropologia que eu estava descobrindo naquele momento.

Meu interesse pela disciplina antropológica já havia sido despertado dois anos antes, quando cursei algumas disciplinas do curso de ciências sociais, motivada por uma curiosidade intelectual em explorar interfaces mais concretas entre as teorias psicológicas e os fatores sociais e culturais da vida humana. Cursar disciplinas oferecidas pelo departamento de antropologia foi um “hábito” que mantive até o final da graduação, de modo que os dois sistemas de conhecimento – o antropológico e aquele relativo à remodelação das práticas assistenciais ao parto, no qual eu atuava como psicóloga - foram sendo absorvidos ao mesmo tempo e comunicando-se mutuamente.

Assim, não era difícil perceber, na intimidade dos atendimentos, que a aparente homogeneidade das “pacientes”, vestidas em seus camisolões brancos, desdobrava-se numa enorme diversidade de costumes, crenças e formas de lidar com a gravidez e o parto, que, em contato com as rotinas hospitalares, incluindo-se aí o serviço de psicologia, nem sempre resultavam em relações terapêuticas eficazes. A intensidade dos relatos das mulheres que atendi no hospital, bem como as experiências que pude vivenciar na Maternidade nunca deixaram de povoar minha mente. Se hoje, ao estudar os ritos de parto e nascimento domiciliares, enfoco o papel produtivo das emoções para pensar alguns aspectos da socialidade de seus praticantes, isso se deve, em parte, a uma sensibilidade que se desenvolveu a partir destas experiências.

Em 2001 participei das discussões do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Parto e Nascimento (NIPPN), ligado ao Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS/UFSC), que reunia além de alguns profissionais do hospital (médicos, enfermeiras,

assistente social e psicólogas), outros da área da saúde e das ciências sociais, além de simpatizantes da causa da “humanização” do nascimento.

Neste grupo, tive a oportunidade de conhecer pessoas que prestavam assistência a partos domiciliares, bem como mulheres e casais que tinham parido seus filhos em casa. Embora a aparente coesão do grupo pudesse assinalar pontos em comum entre praticantes de parto domiciliar e da humanização, pude perceber muitas nuances entre o discurso dos/as parteiros/as e praticantes do parto domiciliar e o daqueles ligados à assistência institucional. Ao mesmo tempo que havia preocupações comuns aos integrantes do grupo, relacionadas sobretudo à qualidade da atenção à saúde prestada a mulheres e bebês, havia, por outro lado, tensões e divergências, não apenas devido à polifonia característica de um grupo interdisciplinar, mas também em função de diferentes concepções e práticas relativas ao parto.

Estas percepções mobilizaram minha curiosidade intelectual para as experiências vinculadas ao nascimento no contexto domiciliar e alguns dos participantes deste grupo tornaram-se posteriormente informantes dessa pesquisa.

2.2. Estranhando o familiar

Se um dos principais objetivos da antropologia é um alargamento da razão possibilitado pelo conhecimento de várias concepções de mundo presentes nas diversas culturas (considerando que as culturas só se encontram através dos encontros dos homens), o trabalho de campo é o momento privilegiado para o exercício deste objetivo, pois é nele que alteridade, premissa do conhecimento antropológico, se realiza.

Vagner Gonçalves da Silva

A perspectiva antropológica, que elegi como abordagem teórica e metodológica para desenvolver meu estudo, convidou-me constantemente a relativizar as concepções acerca da gravidez e do parto a partir das quais eu havia sido iniciada no universo da

parturição. Além disso, instigou-me a colocar em diálogo dois ambientes de preparação e atenção ao parto: o domiciliar e o hospitalar voltado para a humanização, procurando estabelecer continuidades e descontinuidades entre eles.

Para isso, achei pertinente incluir em meu trabalho de campo, além da investigação do parto domiciliar, um retorno à instituição que me acolheu enquanto estagiária, munida desta vez de um novo aprendizado adquirido na formação antropológica do mestrado e disposta a conhecer o “mesmo” como “outro”. Se, como assinala Da Matta (1974), uma das características metodológicas fundamentais da pesquisa em antropologia consiste em transformar o “exótico em familiar e o familiar em exótico”, comparar as representações e práticas presentes no cenário da humanização do parto e aquelas presentes no parto domiciliar ajudou-me nesta tarefa.

De modo que foi em um triplo movimento (estranhar, familiarizar e contrastar), ou pelo menos na medida em que consegui atingi-lo, que as questões tratadas aqui foram surgindo. Inclusive a própria possibilidade de tomar o “bem conduzir das emoções”, que anteriormente eu não tinha pensado em problematizar, como uma disposição ético-estética fundamental no parto domiciliar, que, embora esteja também presente no parto humanizado, ganha maior relevância no domicílio.

Lembrando as colocações de Velho (1999), as questões que inevitavelmente se colocam para aqueles que pesquisam na sua própria sociedade referem-se ao lugar ocupado pelo pesquisador e suas possibilidades de relativizá-lo ou transcendê-lo e “pôr-se no lugar do outro”. Por outro lado, o autor enfatiza que quando pesquisador e pesquisados compartilham de um mesmo contexto urbano há distâncias culturais internas a este meio que permitem ao antropólogo realizar pesquisa em sua própria cidade. Isto se dá porque familiaridade não é igual a conhecimento, do mesmo modo que sensação de exótico não

significa necessariamente desconhecimento: “*o que vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido*” (Velho,1999:126).

Quando fui a campo, de certa forma, era como se eu dispusesse de um mapa com algumas marcações que tornavam familiares certas representações e práticas presentes no contexto da pesquisa, principalmente aquelas que de algum modo estavam relacionadas com minha atuação enquanto estagiária de psicologia: o envolvimento emocional no parto e a valorização da família enquanto protagonista e também aquelas ligadas de modo mais geral à retórica “antimedical”. No entanto, não significava que eu compreendesse a lógica das relações, nem os princípios e mecanismos que organizam esses elementos tanto no contexto domiciliar como no da humanização.

Assim, embora eu me assemelhasse aos meu informantes de muitas maneiras, inclusive por gostos, modos de vestir e uma certa identificação pessoal com alguns de seus valores, além de compartilharmos o mesmo contexto urbano - às vezes até o mesmo bairro - não significava que eu conhecesse seus pontos de vista, a lógica de sua visão de mundo. Embora eu também tivesse um envolvimento anterior com alguns de meus informantes, principalmente aqueles que também participaram do Núcleo de Pesquisas sobre Parto e Nascimento (NIPPN), meu conhecimento a respeito de suas vidas, hábitos, crenças e valores era altamente limitado e diferenciado das percepções deles.

Se me estendo nestas considerações, é apenas por julgá-las indispensáveis à leitura adequada desta pesquisa, que deita raízes nesta primeira aproximação com o tema da parturição e da maternidade, bem como para marcar o deslocamento teórico e metodológico da mesma. Como diz Fonseca (1991:02) “*enquanto o ‘praticante’ é forçado a agir, e, ao agir é obrigado a optar entre as múltiplas considerações que lhe são oferecidas, o*

pesquisador pode soltar as rédeas de suas digressões, cabe a ele: distanciar-se, por em dúvida o que antes parecia ser ‘evidente’, levantar uma série interminável de sutilezas”.

2.3. Seguindo os nativos

Por valorizar os métodos de pesquisa qualitativos como a observação participante, a entrevista aberta, o contato direto e pessoal com o universo investigado, a pesquisa antropológica não depende apenas da biografia do pesquisador, das opções teóricas existentes na disciplina, e do contexto sócio-histórico mais amplo. Depende também e fundamentalmente das imprevisíveis situações que se configuram entre pesquisador e pesquisado no dia-a-dia da pesquisa (Peirano, 1995; Gonçalves da Silva, 2000).

A proposta inicial de meu projeto de estudo aspirava a uma intensa observação participante nos ritos domiciliares de parto e nascimento. Não apenas por me sentir à vontade nas situações de parto, mas porque acreditava que só assim poderia fazer um trabalho etnográfico “denso” e minucioso, capaz de captar o significado das ações sociais presentes no parto. Contudo, sempre que eu manifestava para os informantes minha vontade de participar dos partos, ouvia respostas assim: “*você precisava conhecer alguém...*” ou “*não tem uma amiga sua?*”.

Além disso, eu percebia que era importante os participantes terem uma função no parto, ainda que não rigidamente definida, o que me levava a perguntar: “*o que eu poderia fazer como participante do parto?*”. Uma de minhas informantes, a parteira Clara garantia-me uma função, dizendo que eu poderia ser a pessoa que esquentava a água, que cuida dos panos e que dá uma assistência à parteira com relação aos materiais usados no parto, que faz um chá para as pessoas, etc. Mas ainda assim ela acrescentava: “*você precisava conhecer uma grávida, alguma amiga sua...*”

Aos poucos fui percebendo que “intimidade” e “proximidade” são condições essenciais para que qualquer pessoa esteja presente em um parto domiciliar. E não foram poucas as amigas e conhecidas que pariram enquanto eu desenvolvia a pesquisa. Muito embora elas estivessem, durante a gravidez, bastante envolvidas com a questão do parto, procurando informações na Internet, fazendo cursos de gestantes e procurando atendimento “humanizado” (que garantisse a presença do companheiro na sala de parto, o parto de cócoras, etc), em geral, suas escolhas recaíam na Maternidade do HU, que tem grande prestígio junto às camadas médias devido às opções *inovadoras* que oferece. Ou ainda nas clínicas particulares, nas quais gastando-se algum dinheiro, pode-se conseguir um atendimento mais “personalizado”. Além disso, suas reações frente a hipótese de um parto domiciliar eram quase sempre de espanto: *“é muito arriscado, e se acontece alguma coisa?”*

A idéia do convívio prolongado com o grupo pesquisado, bastante valorizada nos moldes “clássicos” da pesquisa antropológica - e que poderia criar a intimidade necessária para a minha participação nos partos - nem sempre é possível para aqueles que pesquisam nas cidades. Quando a questão é procurar o “outro” perto de casa, o pesquisador raramente reside com o grupo que estuda e não compartilha cotidianamente de suas condições de existência. Durham (1988) argumenta que na pesquisa que se faz nas cidades, o que tende a predominar como material empírico são entrevistas e depoimentos.

Esta foi uma estratégia que tive que adotar no decorrer da pesquisa. O reduzido prazo do trabalho de campo bem como o caráter esparso das entrevistas pouco contribuíam para que condições propícias para a construção de vínculos mais íntimos entre eu e meus informantes fossem criadas. Contudo, o que a princípio parecia uma barreira já sinalizava aspectos fundamentais do *éthos* dos praticantes de parto domiciliar. Como diz Evans-

Pritchard (1978: 301): “o antropólogo deve seguir o que encontra na sociedade que resolveu estudar”. Então, eu tinha que segui-los, levando em conta seu *éthos* específico, sem forçar uma relação “íntima” e aproveitando sua disponibilidade em contar suas experiências.

A antropóloga Jeanne Favret-Saada (1977) viveu experiência semelhante ao estudar a bruxaria no interior da França, mas com um desfecho diferente da minha. Ela também foi a campo pensando em fazer um etnografia nos moldes “clássicos”. Entretanto, no grupo pesquisado por ela, a bruxaria acontece *através da palavra*. Como, então, ela poderia querer *falar* sobre isso? Depois de várias tentativas fracassadas e perguntas não respondidas, sua entrada no campo se deu de forma inusitada. A partir de uma série de acontecimentos na sua vida pessoal, que foram considerados como “infortúnios recorrentes” pelo grupo local, ela foi considerada “enfeitiçada” e, então, o mundo da bruxaria se abriu para ela, pois era necessário que ela se submetesse ao processo de desfazer o “feitiço”.

Como grávida eu não estava, nem pretendia ficar durante a realização da pesquisa, no caso de meus informantes foi sua disposição em receber-me em suas casas e contar suas experiências, respondendo com paciência e solicitude às minhas perguntas, que facilitaram meu acesso às informações que aqui apresento. Assim, se a entrada do pesquisador em campo tem sempre um quê de acaso, de imponderável e a interlocução do antropólogo com o grupo que estuda se faz dentro de condições específicas, isso tudo também determina a natureza dos dados etnográficos e do conhecimento que deles derivam.

A dimensão narrativa foi, então, a que predominou durante o trabalho de campo. Utilizei entrevistas semi-estruturadas que, embora já estivessem previstas no projeto, ganharam maior relevância, a partir de meus primeiros contatos, tornando-se o material

empírico privilegiado da pesquisa. O roteiro versava sobre temas diversos: a experiência da gravidez, parto e pós-parto, relação dos informantes com o sistema médico e com terapias “alternativas” ou não-convencionais, parto hospitalar, relação entre parteira(o) e parturiente, o trabalho das parteiras(os), relações familiares, religiosidade, etc. (Vide ANEXO 1 e ANEXO 2)

Além disso, coletei materiais relacionados ao tema na Internet, na mídia impressa e em livros, apostilas e filmagens de parto doméstico sugeridos e fornecidos pelos informantes. Também mantive um diário de campo, no qual anotei o andamento da pesquisa, as questões que surgiam, hipóteses interpretativas, informações relevantes, bem como minhas percepções sobre as entrevistas e sobre o ambiente onde estas se realizaram (a casa e os eventos imprevistos que se desenrolavam no decorrer das mesmas, etc.)

Dentre os meus 11 entrevistados, 4 são *parteiros urbanos* (2 mulheres e 2 homens) e o restante compôs-se de 2 casais e 3 mulheres que deram à luz em casa em Florianópolis. Apesar de não formarem um grupo homogêneo, pode-se dizer que formam uma rede social, na medida em que quase todos estão relacionados, mesmo que indiretamente. Alguns informantes indicaram outros, mediando meu encontro com estes. Nas entrevistas com os casais, mulher e companheiro foram entrevistados juntos.⁵⁵

Uma das parteiras, Clara, acabou tornando-se uma informante “chave” da pesquisa, recebendo-me 4 vezes em sua casa, onde conversamos por várias horas. Foram as entrevistas mais longas que realizei. Sua disponibilidade trouxe conseqüências importantes para o andamento da pesquisa: por um lado, revelou-se numa importante fonte de acesso ao conhecimento sobre parto produzido no âmbito doméstico, trazendo riquíssimos detalhes

⁵⁵ Sublinho que os nomes que utilizo para denominar os informantes são pseudônimos.

dos ritos, sobre sua atuação como parteira e sobre os partos que atendera. Por outro lado, preocupava-me o risco de privilegiar o ponto de vista de apenas um dos informantes. Contudo, eu não podia dispensar tal oportunidade, visto que minhas chances de participar efetivamente de um rito de parto doméstico estavam ficando cada vez mais remotas. Assim, aceitei estes riscos e dispus-me a levar este fato em consideração na análise e interpretação dos dados.

No total, foram realizadas 12 entrevistas, gravadas em fita cassete, sendo que a duração de cada uma variou entre 1 hora e 30 minutos e 4 horas. Estas entrevistas foram realizadas entre os meses de março e junho de 2004. Os informantes tinham entre 24 e 55 anos, pertencentes às camadas médias.

O apelo à noção de “camadas médias”, e não de “classes médias”, para caracterizar a identidade social dos informantes justifica-se pela maior amplitude do primeiro termo em relação ao segundo. O termo “classe” centra-se prioritariamente em critérios sócio-econômicos, que, embora sejam parâmetros importantes na demarcação de diferenças significativas entre grupos, se revelam insuficientes para abordar as discontinuidades em termos de *éthos* e visão de mundo observáveis no interior de um mesmo segmento.

Segundo Velho (1999), a percepção da condição plural das camadas médias ancora-se no suposto de que uma das particularidades constitutivas das sociedades complexas contemporâneas é a coexistência de múltiplos códigos culturais e de uma heterogeneidade de experiências sociais. Salém (1987:28) ressalta este ponto, salientando que *“uma presumível unidade ética das camadas médias metropolitanas, bem como das interioranas só pode ser postulada quando em contraste com outra que lhe é oposta. Se desviarmos o foco para o interior de cada um destes segmentos vislumbraremos, certamente, códigos*

culturais múltiplos”. A utilização de conceitos como “camadas” ou “segmentos” prevê, então, a incorporação de qualidades culturais no recorte das identidades sociais.

Além disso, a autora ressalta que a complexidade da trama social, a maior ou menor fragmentação de domínios e papéis redundando, por sua vez em, em uma maior ou menor heterogeneidade de experiências sociais são variáveis importantes para elucidar a vigência de padrões éticos distintos no interior das camadas médias. A exemplo, na pesquisa de Salém (1987) com os *casais grávidos*, moradores da Zona Sul do Rio de Janeiro, o fato de estes grupos serem afeitos à linguagem e ao *éthos* psicanalítico foi um critério relevante na caracterização dos mesmos.

Velho (1975) também privilegia como objeto de estudo precisamente os segmentos intelectualizados e psicanalizados das camadas médias cariocas em seu trabalho *Nobres e Anjos*. Estes segmentos aparecem no trabalho de Velho como os portadores mais característicos da *vertente psicologizante das ideologias individualistas*, nas quais a representação do indivíduo como um ser psicológico revela-se como um princípio estruturante das visões de mundo deste segmento. Vale dizer também que Salém considera o *casal grávido* como “irmão sociológico” dos *Nobres*, ou seja, é ele também conformado por uma configuração ética na qual a instância do psicológico é a qualidade mestra que define o sujeito, sendo a linguagem psicológica aquela que se impõe como lente através da qual o *casal grávido* se percebe e avalia o mundo a sua volta.

No caso de meus informantes, penso ser possível descrevê-los como um segmento também peculiar das camadas médias. Embora, num primeiro momento, as particularidades individuais dos praticantes façam surgir um quadro bastante diverso, pode-se dizer que compartilham de um *éthos* específico. Descrever e qualificar este *éthos* foi um dos desafios com o qual me deparei ao longo da pesquisa.

1.4. Quem faz parto domiciliar?

O universo investigado incluía, dentre os *parteiros e parteiras urbanos*, um médico clínico geral e acunpunturista; uma professora universitária aposentada, formada em direção teatral com especialização em expressão corporal e que atualmente produz e vende alimentos macrobióticos na Feira Ecológica da Lagoa da Conceição; um ex-arquiteto atualmente professor de yoga e terapeuta de renascimento⁵⁶; e uma ex-zootecnóloga formada nos cursos de *midwives*⁵⁷ dos Estados Unidos e recém-chegada deste país, que é simultaneamente curadora de arte, promovendo jovens artistas.⁵⁸

O restante do segmento compôs-se de um casal de artesãos (ceramistas e produtores de *bonsai*), um casal em que o marido é marceneiro “artístico” e sua esposa dona de casa e professora de culinária macrobiótica (organizando cursos em sua casa); uma estudante universitária de biblioteconomia; uma professora de educação artística do ensino médio que é também preparadora de gestantes com abordagem centrada no yoga e na antroposofia⁵⁹; e uma vendedora de sapatos que atualmente faz formação em yoga para ser instrutora.

Quanto ao nível educacional, as parteiras e parteiros têm nível universitário, e entre os outros informantes encontra-se nível universitário, em alguns casos incompleto, e também segundo grau completo e incompleto. A maioria dos entrevistados tem três filhos,

⁵⁶ Renascimento é uma forma de terapia que visa desbloquear traumas originários no nascimento. Baseia-se na utilização de técnicas respiratórias de origem oriental. Foi criada por Leonardo Orr em 1974, nos Estados Unidos.

⁵⁷ Estes cursos são ministrados em escolas de parteiras ou programas de treinamento para formação de parteiras. As *midwives* americanas trabalham geralmente em partos domiciliares ou em casas de parto.

⁵⁸ Nota-se que nenhum destes informantes é obstetra. Além disso, ser parteiro ou parteira não é a única ocupação dos mesmos, nem a fonte exclusiva de seu rendimento financeiro. Pode-se adiantar que há também casos nos quais o trabalho como parteiro(a) é feito gratuitamente e casos nos quais este é “trocado” por outros serviços.

⁵⁹ A antroposofia é uma filosofia de vida proposta por Rudolf Steiner, no início do século XX, inspirado na obra do poeta alemão Goethe. Como trabalho prático, a antroposofia produziu as escolas Waldorf, fundamentadas num método pedagógico humanista específico, clínicas de medicina antroposófica, laboratórios de farmácia antroposófica, fazendas de agricultura biodinâmica e propostas de arte (euritmia, arquitetura, música, artes plásticas, teatro, etc.).

exceção feita a uma jovem universitária que tinha parido recentemente sua primeira filha e à professora de educação artística que tem cinco (quatro nascidos de parto domiciliar).

Quase todas as entrevistas foram feitas nos domicílios dos informantes.⁶⁰ Estes eram situados em bairros não-centrais da cidade (Campeche, Armação, Porto da Lagoa, Canto da Lagoa e Lagoa da Conceição) e tendiam a estar localizados em ruas menos movimentadas, às vezes próximos a um córrego, à beira da lagoa, ou nas encostas de morro com belas vistas para o mar e rodeadas de mata nativa. Observei com frequência o cultivo de hortas e jardins, bem como a criação de animais domésticos como cães e gatos e, no caso de uma das entrevistadas, a criação de galinhas no quintal. O interior das casas em geral primava por uma decoração rústica, o mobiliário tendendo para o artesanal. Algumas das casas tinham lareiras que foram acesas no decorrer das entrevistas, visto que na fase final do trabalho de campo iniciou-se precocemente a estação de inverno, com dias chuvosos e frios.⁶¹

Quando fui a campo, eu já estava sensibilizada a partir de meus contatos anteriores com alguns informantes, para hipotetizar que havia uma conexão destes com práticas terapêuticas ligadas às redefinições contemporâneas da questão religiosa, principalmente no que se refere à confluência entre tradições místicas orientais e práticas terapêuticas ocidentais não-convencionais. A frequência com que apareceram, nas narrativas autobiográficas, ocupações ligadas ao yoga, à macrobiótica e à antroposofia, além de práticas cotidianas de variadas formas de meditação, utilização de florais, ervas, bem como

⁶⁰ Com exceção de duas, uma realizada no colégio onde a informante ministra aulas e outra na casa de uma amiga do informante, próxima ao local de trabalho do mesmo.

⁶¹ A maioria dos informantes morava em casa própria, com duas exceções: a estudante universitária, que alugava uma pequena casa na Lagoa da Conceição, dividindo-a com outras moças; e a parteira recém-chegada dos Estados Unidos que alugava uma casa de dois pisos numa rua tranqüila e arborizada do Canto da Lagoa.

referências a religiões japonesas e ao espiritismo cardecista, assinalam que, com relação aos *casais grávidos* do estudo de Salém (1987), há um deslocamento em termos de terapêutica, que da psicanálise e das psicologias passa a valorizar técnicas provenientes dos sistemas terapêuticos “neo-espirituais”⁶².

Meu interesse não foi o de analisar cada uma das terapias ou vivências espirituais em particular ou os itinerários individuais de meus informantes por estas vivências, mas captar algumas das significações que emergem destas práticas, e como estas se entrelaçam aos rituais de parto domiciliar. Considero importante ressaltar que há um ecletismo dessas práticas e que nem todos os informantes são adeptos declarados das novas espiritualidades. Contudo, mais do que uma adesão a estas práticas, importa reter que há uma valorização das dimensões espirituais do parto, sendo a *sacralização da natureza* o aspecto mais marcante do discurso nativo.

Martins (1999) assinala que a rápida emergência de práticas terapêuticas “alternativas” nos últimos anos responde a diferentes demandas que buscam por respostas simultâneas para questões de ordem física, psicológica e espiritual. O autor assinala que essas terapias canalizam uma grande insatisfação da classe média com relação ao funcionamento de certas instituições básicas da sociedade, como aquelas da saúde e da religião. De acordo com Tavares (1999), a crescente proliferação no contexto urbano, a partir principalmente dos anos 80, de “outras” medicinas, sistemas e práticas terapêuticas

⁶²Utilizo a denominação de Maluf (1996), mas ressalto que diferentes categorias têm sido utilizadas para descrever e totalizar este fenômeno que é ao mesmo tempo terapêutico e religioso. A autora, ao revisar a literatura das ciências sociais sobre a reconfiguração contemporânea da paisagem terapêutica e religiosa, cita as seguintes: novas espiritualidades ou novas religiosidades, terapias paralelas, alternativas ou holísticas, terapias psico-místicas, terapias pós-psicanalíticas, Nova Era, nova consciência religiosa, reencantamento do mundo, neo-esoterismo, etc. Amaral (1999) atribui à heterogeneidade do movimento a dificuldade de se encontrar um termo que possa cobrir sem controvérsia essa nova cultura religiosa e terapêutica descentralizada na qual diferentes discursos se articulam.

articulando vários “saberes” – religiosos, filosóficos, místicos, esotéricos e populares - vem concorrendo com o campo estruturado e hegemônico pela medicina oficial.

A extensão das práticas neo-espirituais e de um campo semântico a elas ligado têm levado muitos autores a defini-las como uma nova cultura terapêutica e espiritual. Soares (1994), um dos primeiros sociólogos a reconhecer e registrar a presença das novas espiritualidades no contexto brasileiro em seu conhecido artigo *Religioso por natureza: cultura alternativa e misticismo ecológico no Brasil*, refere-se à emergência de uma “nova consciência religiosa”. Maluf (1996) considera que as terapias neo-espirituais ocupariam, em um certo sentido, um espaço semelhante, ou comum, àquele de uma “cultura psicanalítica”, respondendo a demandas típicas da classe média, as quais a psicanálise não chega a responder.⁶³

Procurando dar conta da especificidade deste segmento das camadas médias que vem optando pelo parto domiciliar, utilizarei a denominação de *éthos espiritualista*, entendendo por *éthos*, conforme a definição de Geertz (1989), o tom, o caráter e a qualidade da vida, o estilo e as disposições morais e estéticas de um determinado grupo. É importante lembrar que ao *éthos* articula-se uma *visão de mundo*, ou seja, um quadro que condensa idéias mais abrangentes sobre uma ordem cósmica imaginada.

De modo geral, como apontam os estudos de Magnani (1999) o *éthos* das novas espiritualidades vai buscar sua fundamentação – às vezes de maneira mais elaborada, às vezes na forma de um leve verniz – em alguns sistemas de pensamento e religiões de origem oriental, em cosmologias indígenas, em correntes espiritualistas, no esoterismo

⁶³ Sobre a reconfiguração da paisagem religiosa e terapêutica no Brasil e na América Latina, remeto aos trabalhos de Magnani (1999 e 2000), Amaral (1999), Maluf (2003) e à coletânea organizada por Carozzi (1999) que reúne os trabalhos apresentados na VII edição das Jornadas Religiosas da América Latina, dentre os quais os de Martins (1999) e Tavares (1999).

clássico europeu e até em propostas inspiradas em certos ramos da ciência contemporânea, e não poucas vezes em todos eles simultaneamente, resultando em surpreendentes *bricolages*.

Contudo, apesar do ecletismo e da *bricolage* através dos quais esta cultura espiritual se realiza, resultando em itinerários individuais singulares, Maluf (1999) ressalta que há um aspecto comum a estas práticas e doutrinas tão diferentes que reúne essas experiências em uma trajetória pessoal: “*é o projeto de construção de uma nova pessoa, ou ainda, mais sutilmente, é a construção permanente de si que se torna um projeto de vida*”.

Conforme a autora, a concepção presente nas novas espiritualidades de que o indivíduo esteja constantemente se “trabalhando espiritualmente” através das práticas neo-espirituais faz com que cada uma das qualidades e dos aspectos da pessoa sejam regidos por uma lógica de transformações. Esta concepção de pessoa como algo processual, em permanente mudança revela, então, uma visão mais dinâmica do que substancialista da pessoa. Utilizando uma comparação com a noção de pessoa *Araweté*, descrita por Viveiros de Castro (1986), a autora assinala que a pessoa nas culturas neo-espirituais é também um *devir*, um “tornar-se”. Contudo, se a pessoa *Araweté* se realiza na pura exterioridade, seu devir sendo um “outro”, a pessoa do “buscador espiritual” se realiza num duplo movimento, de *interioridade* (busca de si, de sua essência interior) e de *exterioridade* (na relação com o mundo e o cosmos).⁶⁴

⁶⁴ Conforme a descrição de Viveiros de Castro (1986), para os *Araweté* (grupo indígena amazônico do tronco tupi) os mortos são considerados o destino dos vivos, de modo que o ser *Araweté* se realiza plenamente na morte, quando, segundo sua cosmologia, são canibalizados pelos deuses e se tornam, eles mesmos, deuses. Assim, o *Devir Araweté* é tornar-se Outro. Sua existência enquanto vivo é puro movimento, não um ‘ente’, mas um ‘entre’, como ressalta o autor.

Cada itinerário individual cruza técnicas saídas de tradições diferentes, no entanto, mais que um pragmatismo imediatista, percebe-se que a escolha por cada uma destas vivências e a adoção de uma vivência espiritualizada como estilo de vida e da vida espiritual como projeto de vida, mostram que estes itinerários não se limitam a soma de experiências, mas se constroem na direção de um sentido e de busca de um sentido.

Segundo Maluf (1996), esta constatação tem levado muitos autores a reconhecer, no interior desses movimentos, a formação de uma nova concepção de pessoa ou indivíduo e a articulação desta com uma *cosmologia* mais abrangente, não necessariamente fiel a *uma* tradição ou *à* tradição, mas que dá sentido a experiência vivida.

Procurando elucidar estas disposições éticas e sua articulação com o parto junto a meus informantes, dentre as inúmeras questões de meu roteiro uma delas referia-se à religiosidade. Ressalto, porém, que não foi através desta questão que consegui maiores avanços neste sentido. Isto porque à questão “religião”, eu obtinha respostas sucintas como “*a gente não frequenta nenhuma instituição, nenhum templo*”, “*eu sou uma pessoa religiosa, mas não sou ligado a nenhuma igreja*”, ou ainda “*sou espiritualista*”, “*minha religião é uma religião de religação com a natureza*”.

Estas respostas contudo, não contradizem a pertinência a um *éthos espiritualista*, uma vez que, como coloca Magnani (1999), uma das características do que ele denomina “neo-esoterismo”, se apresenta como a busca de uma espiritualidade independente de sistemas religiosos institucionalizados. Maluf (2003) também ressalta este ponto, assinalando que a experiência religiosa da cultura neo-espiritual, se faz sobretudo *fora do templo* (uma espiritualidade intramundana, incorporada na vida cotidiana e no “estar no mundo”) e *fora do texto* (ou seja, do texto de uma tradição bem delimitada). A extensão do

tempo sagrado aos tempos profanos da vida é assim uma das dimensões fundadoras das novas vivências espirituais.⁶⁵

De modo que foi, sobretudo, a partir da ênfase espontânea de meus informantes em ressaltar aspectos espirituais do parto, bem como as referências a suas práticas cotidianas que levaram-me a compreender a “espiritualidade” como uma dimensão importante não apenas no desenrolar do parto, mas em suas vidas cotidianas. Para maiores detalhes acerca dos informantes ver ANEXO 3.

2.5. O contraponto comparativo: casais grávidos do HU

Embora esta pesquisa esteja focada nos partos domiciliares, dispus-me a acompanhar os encontros do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do Hospital Universitário da UFSC (HU/UFSC), coordenado pelos setores de psicologia e enfermagem, contando por vezes com a presença de obstetras, pediatras e nutricionistas.

O objetivo desta observação complementar foi fortalecer a perspectiva comparativa que foi constitutiva desta pesquisa desde seu início. Nesse sentido, vale lembrar o *comparativismo imanente* de que fala Eduardo Viveiros de Castro⁶⁶, no qual a comparação não *vem a posteriori*, mas é constitutiva do objeto mesmo da pesquisa. Na busca deste ponto de vista, que considera a comparação imanente à pesquisa antropológica, foi também

⁶⁵ Maluf (2003) salienta que muito embora a cultura neo-espiritual tenda a se opor às religiões chamadas “tradicionalistas”, a definição nativa do que sejam religiões tradicionais é bastante flexível. Mais frequentemente, o catolicismo oficial (representado pela Igreja e sua hierarquia), o protestantismo histórico e o neo-pentecostalismo são classificados como “tradicionalistas”. As religiosidades afro-brasileiras e o espiritismo, apesar de identificados à “tradição religiosa brasileira”, são vistos com mais flexibilidade e muitas vezes integrados ao circuito das espiritualidades alternativas.

⁶⁶ Em entrevista concedida à *Revista Ilha*, em dezembro de 2002, realizada por Rafael de Menezes Bastos e Carmem Rial.

importante transformar em “dados analisáveis” as memórias e reminiscências de minha experiência como estagiária na Maternidade do HU.

Cada Grupo de Gestantes e Casais Grávidos se desenvolve em encontros semanais, ao longo de nove semanas, sendo que cada encontro dura em média três horas. Ao fim de um grupo, inicia-se outro logo na semana seguinte. Acompanhei os encontros de um desses grupos, durante os meses de abril e maio de 2004. Compunha-se de 20 mulheres grávidas, pertencentes as camadas médias, que estavam entre o sexto e o nono mês de gestação, sendo que uma parte delas (em torno de 60%) estavam acompanhadas pelos cônjuges. Na sua grande maioria, seriam pais e mães pela primeira vez.

Os encontros envolvem exercícios físicos de preparação para o parto e técnicas terapêuticas baseadas na psicologia da gravidez. O grupo também inclui dimensões propriamente pedagógicas - nas quais são ensinadas, entre outras coisas, os sinais do início do trabalho de parto, a fisiologia do parto, quando ir pra maternidade, etc. - além de discutir com os participantes as *Recomendações da OMS*, e pode ser considerado um importante espaço de difusão e consolidação das novas práticas de assistência ao parto voltadas para a humanização.

Os encontros são realizados na associação recreativa dos funcionários do hospital, chamada de Grêmio do HU, um espaço anexo ao Hospital Universitário, situado a uns 200 metros deste. Está inserido numa área arborizada, próxima de um lago e com dois campos de futebol nas suas imediações. A sala reservada para o grupo não é muito grande, com almofadas no chão e colchonetes. Com exceção do período inicial das atividades, que é reservado pra a preparação física e na qual há uma intensa movimentação pela sala, o restante das atividades é realizado com todos os participantes sentados no chão, em geral em círculo.

Esta observação participante foi também registrada em diário de campo. Minha inserção no grupo foi facilitada tanto por minha experiência anterior neste hospital quanto pelo fato de eu já ter participado deste grupo no período em que trabalhei na Maternidade. Embora eu tenha me apresentado como pesquisadora da área de antropologia e procurasse me misturar às gestantes e casais fazendo os exercícios propostos junto com eles e sentando-me próxima deles, acredito que por vezes, eu possa ter sido confundida com uma coordenadora. Dei-me conta deste fato quando, durante um dos intervalos, em meio ao lanche que tomávamos na sala mesmo, uma das gestantes indagou-me a respeito de “técnicas” para diminuir suas dores nas costas que vinham aumentando por conta do crescimento da barriga.

Acredito que este acontecimento pode ser relacionado tanto à imagem a mim associada de (ex)integrante desta equipe, constantemente referida pelas coordenadoras, quanto ao fato de que no grupo pode-se perceber uma clara divisão interna: de um lado gestantes/casais, de outro especialistas. De modo que se eu não era gestante e “estudava partos”, partilhava de alguma maneira, aos olhos nativos, uma identidade de “especialista” com a equipe coordenadora.⁶⁷

Aos poucos, em virtude de minha aproximação com o grupo, das perguntas “obtusas” e freqüentes, do olhar atento e das anotações constantes, acredito que minha identidade como pesquisadora tenha ficado mais clara. Talvez por isso eu tenha sido chamada de “*nossa antropóloga de plantão*”.

⁶⁷ Esta divisão está mais ligada a fatores simbólicos e de posicionamento no grupo do que a fronteiras propriamente espaciais, embora nos momentos mais “pedagógicos” do grupo, as especialistas geralmente fiquem todas juntas, sentadas uma ao lado das outras e as gestantes e casais formem um círculo a partir delas. Este fato engendra também relações específicas entre ambas as “metades”, de que trataremos no capítulo 3.

É importante dizer que o espaço do Grêmio é também sede de um Núcleo de Terapias Alternativas, chamado *Espaço Mainá*, onde são oferecidos serviços de massagem, terapias reichianas, reiki, etc. Inclusive a sala que é utilizada pelo grupo de gestantes é, em outros momentos, utilizada para as terapias. O fato de o Hospital Universitário sediar este núcleo é revelador de que há um diálogo entre a humanização e as novas formas de espiritualidade, ao qual já fizemos algumas alusões no primeiro capítulo. Inclusive o próprio grupo de gestantes aglutina profissionais, casais e gestantes declaradamente adeptos destas práticas. Contudo vale ressaltar que é um número relativamente pequeno em relação ao total de participantes.

A BELEZA DE NASCER EM CASA : VALORES ESTÉTICOS E POSTURAS DIANTE DO MUNDO

Aí eles[o casal] vieram, alugaram uma cabana no alto no Morro da Lagoa, montaram, limparam, pintaram a cabana, durante um mês, cinco semanas, montando o ninho deles. Montaram e foi uma coisa maravilhosa, na cabana, só ela, ele e eu, foguinho aceso, pão assando no forno... história da carochinha, maravilhoso! Foi perfeito, foi um parto lindo!
(Ana, parteira)

Neste capítulo, tento compreender a revalorização contemporânea do domicílio como lugar ideal para o nascimento. Inicialmente, apresento algumas informações a respeito da trajetória do *parto domiciliar urbano* em Florianópolis. Em seguida, adentro nas especificidades do parto domiciliar trazendo alguns elementos do *éthos* específico e da visão de mundo de seus praticantes e argumentando que a dimensão ético-estética é uma perspectiva adequada para examiná-lo. Por fim, faço um contraponto entre este tipo de parto e o parto humanizado, buscando compreender as semelhanças e diferenças entre estas duas experiências contemporâneas de parturição.

3.1. Parteiras e parteiros urbanos em Florianópolis

Florianópolis não é uma grande metrópole, e talvez este seja, como coloca Fantin (2000), um de seus dilemas: tornar-se uma metrópole ou permanecer cidade de porte médio. Como outras cidades do litoral catarinense, Florianópolis é marcada por uma cultura de base luso-açoriana, com um universo cultural peculiar. Apesar de ter crescido e se transformado muito, vivendo um ritmo bem mais acelerado nas duas últimas décadas, não raro vê-se carroças circulando em ruas movimentadas, homens passeando com gaiolas de

passarinho ou jogando suas redes de pesca na Lagoa da Conceição, rendeiras tecendo à porta de seus casebres, correrias em torno da brincadeira da Farra do Boi e do Boi de Mamão.

O charme da cidade insular, com suas 42 praias, e o tamanho ainda acolhedor da cidade têm atraído, especialmente a partir da década de 70, grande número de moradores vindos de vários cantos do Brasil, principalmente dos grandes centros urbanos, como São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre e de outras cidades do país e de Santa Catarina.⁶⁸ Segundo Fantin (2000), esta retirada para as cidades médias e pequenas é reveladora de um processo de retomada de utopias urbanas, nas quais a cidade passa a ser promessa de um “vida melhor”, caudatária de esperança, onde as mudanças são vistas como possibilidades concretas.

Para grande parte dos moradores, principalmente de camadas médias, morar na Ilha possibilita articular vários desejos: viver com qualidade de vida, viver próximo da natureza – da praia e do campo – e ao mesmo tempo estar na cidade, usufruir das vicissitudes do urbano, de escolas para os filhos, universidades, supermercados, lojas e eventos culturais. De modo que opta-se pela natureza sem, contudo, abrir mão do urbano. Este parece ter sido o estado de espírito que levou o médico homeopata Eduardo a lançar sua âncora na Ilha, em 1979, escolhendo-a como lugar pra viver. Este médico pode ser considerado o “precursor” dos partos domiciliares urbanos em Florianópolis.

Contatei-o por telefone no Rio de Janeiro, onde mora atualmente. Em nossa conversa telefônica contou-me que quando veio morar em Florianópolis, recém formado,

⁶⁸ Já a partir dos anos 60, com a fundação da UFSC e mais tarde com a instalação da Eletrosul, da Celesc e da Telesc, cresce e prolifera uma rede de novos moradores. Este fluxo de novos moradores e sua inserção na cidade não deixa de gerar polêmicas entre “nativos” e “estrangeiros”, implicando em muitas disputas acerca dos projetos e do futuro da cidade (Fantin, 2000).

estava em busca de um lugar tranquilo que pudesse “*unir a cidade ao campo*”. Foi também essa a razão que levou muitos de meus informantes, na sua maioria pessoas vindas de outros estados do Brasil, a fixarem residência em Florianópolis. Eduardo, motivado pelo ideal da homeopatia de prestar um atendimento “mais integral” às pessoas e suas famílias, encantou-se com as propostas de “parto natural” dos obstetras Leboyer e Paciornik e no mesmo ano de sua chegada na cidade começou a atender partos em casa. Segundo ele, a idéia de fazer o parto mais “respeitoso “ para com a mulher e o bebê lhe pareceu fascinante.

Quanto à clientela, contou-me que naquela época o “parto natural” tinha despertado o interesse de um grupo de pessoas que se encontravam cotidianamente em um restaurante vegetariano e mini-empório de produtos naturais chamado “Sol da Terra”, localizado no centro da cidade. Foi a partir deste grupo de pessoas, que se tornaram seus amigos, que sua clientela foi se constituindo.

Morou na Ilha de 1979 a 1985, sendo que além de trabalhar no seu consultório de homeopatia, atendia, em média, um ou dois partos domiciliares por mês. Sobre essa experiência, Eduardo disse-me que apesar de todo o seu encantamento com o atendimento domiciliar, foram tempos difíceis, estressantes e desafiadores, pois não contava com o apoio do sistema de saúde e foi muito criticado por outros médicos, recebendo, inclusive, uma carta de advertência do Conselho Regional de Medicina.⁶⁹ Depois de passar seis anos em Florianópolis atendendo partos em casa, essas dificuldades levaram-no a abandonar esse trabalho e voltar ao Rio de Janeiro, sua cidade natal, onde trabalha atualmente como médico em um navio petroleiro.

⁶⁹ Este fato aconteceu depois de Eduardo conceder uma entrevista a um jornal de televisão local, na qual divulgava o “parto natural”. O conteúdo da carta, escrita pelo então presidente desse Conselho, acusava-o de “indícios” de falta de ética médica, passíveis de punição.

Contudo, o “parto natural” já tinha dado frutos na Ilha. Dentre os vários partos que atendeu, Eduardo havia “auxiliado” o nascimento dos três filhos de Jonas, um colega seu, médico generalista e acupunturista que continuou o atendimento a partos domiciliares na cidade, depois da partida de Eduardo. Por cinco anos, os dois trabalharam juntos e, segundo informações de Jonas, atenderam em parceria cerca de 80 partos.

Um aspecto curioso da parturição na Ilha na década de 70, é que este período é marcado simultaneamente pela consolidação do processo de hospitalização do parto⁷⁰ bem como pela emergência do parto domiciliar urbano.

Atualmente, Jonas contabiliza 336 atendimentos domiciliares, sendo que por quase uma década foi o único parteiro domiciliar da cidade. Em meados dos anos 90, a gaúcha Clara, depois se aposentar como professora de expressão corporal na UFSC e de ter trabalhado como orientadora de gestantes (principalmente através de técnicas de yoga) por 15 anos, começou a atender partos domiciliares, inspirada no trabalho de Ina May Gaskin.

Nessa época, também o carioca Carlos, depois de acompanhar a esposa em dois partos domiciliares “independentes”, passou a prestar este tipo de atendimento, principalmente junto a suas clientes da terapia de renascimento. Em 2002, tendo morado por 20 anos nos Estados Unidos, muda-se para Florianópolis a carioca Ana, também buscando um lugar tranquilo pra viver com seus três filhos. Ela tornou-se parteira naquele país e atualmente também está partejando na Ilha. Vale ressaltar que todos estes informantes se conhecem e por vezes atuam conjuntamente em alguns partos.

⁷⁰ Atingindo, inclusive, as comunidades pesqueiras e agricultoras do interior da Ilha que ainda cultivavam práticas tradicionais de parto. (Tornquist, 2002).

3.2. Preparando-se juntos para o parto

Durante a gravidez é através de “encontros preparatórios” entre a parteira ou parteiro e o casal ou mulher que deseja ter o filho em casa, que dimensões consideradas fundamentais na experiência do parto domiciliar começam a ganhar forma.

A partir desses encontros constitui-se um grupo de pessoas que vai participar por um longo período de um mesmo projeto que, sendo coletivo, implica numa negociação constante de significados através da qual as peculiaridades, gostos, preferências e traços particulares dos participantes vão sendo colocadas em cena e vão dando forma e viabilidade a este projeto. Os encontros são também considerados os momentos cruciais para os participantes colocarem suas dúvidas em debate e para o compartilhamento de informações sobre parto. São discutidos, entre outras coisas “conteúdos teóricos”⁷¹ e especial ênfase é dada à experiência pessoal dos participantes.

Todo este intercâmbio é considerado importante para a construção da confiança mútua e para garantir o entrosamento do grupo na hora do parto. Não se trata, contudo, de uma solidariedade contratual, rigidamente definida. Pelo que pude perceber através das entrevistas, o engajamento conjunto dos participantes no parto domiciliar só é possível porque há um compartilhamento intenso de significados capaz de mantê-los unidos em um projeto comum.

Uma série de decisões vão, então, sendo tomadas nesses encontros, como por exemplo: a escolha do lugar mais adequado da casa para a realização do parto (à partir de

⁷¹ Os “conteúdos teóricos” abrangem leituras de textos e livros sugeridos pela parteira ou por algum membro do grupo que falam do “mecanismo do parto”. Pode incluir manuais de obstetrícia médica e/ou doméstica.

uma visita à casa da parturiente); quem vai estar presente e porquê; o que cada um vai fazer; qual o material disponível e quais os que necessitam ser providenciados, etc.⁷²

Os encontros preparatórios são considerados uma etapa fundamental para o próprio sucesso do parto domiciliar e percebe-se sua importância e extensão quando estes encontros são descritos como a possibilidade de os participantes *prepararem-se juntos* para o parto.

Como coloca a parteira Clara:

“Quando eu vou para um parto de uma mulher que eu preparo, de uma mulher que eu conheço, de um casal com quem eu converso, com quem eu convivo, né, com quem a gente tem a oportunidade de se preparar junto, então eu vou na certeza, assim, na confiança de que não tem erro.” (Clara, parteira, 56 anos)

Prepararem-se juntos implica, então, na construção de vínculos de intimidade e confiança entre os participantes a partir de um intenso intercâmbio semântico. Essas comunicações, afetivamente carregadas, baseiam-se numa rede de suposições e pré-entendimentos compartilhados e estão empenhadas na construção de um horizonte semântico que visa potencializar a atuação conjunta dos participantes durante o parto. Por isso, pouco contato no período que antecede o parto é considerado potencialmente perigoso:

“Se eu desconfio que um parto pode não dar certo, eu converso bastante com o casal sobre esta possibilidade. Eu tive dois casos que foram encaminhados para o hospital, teve um terceiro caso que também foi. Foi um caso meio estranho, porque eu não dei muita orientação para aquele casal, eles apareceram aqui meio que no final e meio que me

⁷² Como o parto é geralmente feito no chão, privilegia-se um espaço amplo que possibilite o conforto da parturiente, bem como a movimentação dos participantes. Dentre os materiais utilizados no parto os mais comuns são: para forrar o chão é necessário um cobertor, um plástico grande para cobrir o cobertor, folhas de jornal que são dispostas sobre o plástico e finalmente um lençol cobrindo tudo. Utiliza-se também um pequeno apoio para o quadril da parturiente (um banquinho, uma saca de cereais ou uma bacia, etc.) Também são necessários panos e tolas (podem ser fraldinhas de algodão) lavados e passados à ferro quente; uma tesoura (geralmente levada pela parteira e esterilizada com água quente); dois pares de luva descartável (uma para a parteira outra para o marido) para fazer o “toque” e medir a dilatação cervical; duas agulhas com linha (próprias para suturas) para o caso de haver pequenas rupturas no períneo (sutures de rupturas grandes devem ser feitas no hospital pois necessitam de anestesia) e álcool para lavar as mãos. São necessárias velas (para o caso de uma queda de energia elétrica) e um abajur ou outro foco de luz indireta que possa ser manejado de acordo com a necessidade (procura-se privilegiar um ambiente de penumbra).

pressionaram muito, e eu assim meio estupidamente fui pro parto... Hoje eu não iria, hoje eu faria um processo pra ir” (Clara)

Estes “encontros preparatórios” podem ter uma periodicidade variável, dependendo do mês de gestação em que a mulher se encontra e do grau de intimidade que os participantes compartilharem, visto que muitas vezes o parto é realizado entre pessoas de um mesmo círculo de amizades e outras vezes não⁷³. Familiares ou amigos que vão estar presentes no momento do parto também devem participar destes encontros.

O “lugar” da parteira ou parteiro no parto é sempre referido como secundário. Esses atendentes de parto consideram-se essencialmente como “ajudantes qualificados”, experientes e em alguns casos até mesmo dispensáveis. Como podemos perceber nestas falas:

“Porque os protagonistas do parto são a mãe, o pai, o bebê e....depois entra a atendente que é a parteira, que sou eu. Esses lugares são bem claros no parto domiciliar nos dias de hoje, nas condições que faço... Eu sou uma pessoa que vou atender, uma pessoa com experiência, que vai atender, que criou um vínculo, que se preparou junto, que vai dar o atendimento ali na hora.” (Clara, parteira)

“Uma coisa que eu sempre falo é que não faço partos, eu assisto, eu sou um instrumento pra coisa... quem faz o parto é a mãe e o bebê, é ele que empurra, que faz os movimentos, que cria as contrações, que vai encontrando o espaço dele. E é ela que vai facilitando.” (Carlos, 39 parteiro)

A preparação para o parto pode, ainda, incluir ou não um acompanhamento pré-natal com um médico. Ana conta que, nos Estados Unidos, a parteira sempre trabalha com um médico que lhe serve como “*back up*”, isto é, a parteira faz todo o atendimento pré-natal na casa da gestante, e os exames que ela solicita são feitos por seu médico “*back up*”. Se durante o parto, ou mesmo durante a gestação acontecer algum problema, é a este médico, que já conhece a gestante, que a parteira vai recorrer. Ana tem procedido assim em

⁷³ Se ela já estiver no final da gestação, os encontros podem ser quinzenais ou mesmo semanais, mas se a parteira for procurada no início da gestação, a realização dos encontros pode ser mensal ou mesmo bimestral, aumentando de frequência nos períodos finais que antecedem ao parto. Podem acontecer também no posto de saúde onde o médico atende ou no consultório do terapeuta de renascimento.

Florianópolis, contando, desta vez, com o apoio de médicos adeptos do atendimento humanizado.

Contudo, a avaliação da parteira nem sempre envolve um diagnóstico nos moldes médicos ou institucionais. Clara, por exemplo, utilizando seus conhecimentos autodidatas sobre medicina oriental, acompanha durante a gestação os “sinais de vitalidade” da mulher que revelam sua “prontidão psico-física” para o parto: o brilho dos olhos, a cor da face, a postura, a disposição no dia-a-dia e o interesse pelas coisas, o funcionamento dos intestinos e dos rins, facilidade ou dificuldade para respirar, boa denteição, entre outros. Ela considera que um bom funcionamento do corpo no dia à dia denota “sinais de saúde dos órgãos internos” e esses fatores favorecem um “bom parto”.

Contudo, se a gestante se sentir melhor tendo um obstetra que acompanhe a sua gravidez, ao mesmo tempo em que faz a preparação com a parteira para parir em casa, Clara diz que ela “*deve ter seu obstetra*”, pois o que importa é que ela “*se sinta segura*”:

"Se a mulher fica mais confortável, vai lá conversa com o médico, e o médico fala isso, fala aquilo, acho que faz parte da nossa cultura essa palavra assim do médico. Mas é uma coisa que completa o bem estar da mulher, a segurança, então o atendimento médico faz parte deste pré-natal...."

Como é possível depreender das falas de Clara e Ana, o atendimento médico *faz parte* do pré-natal, ele não *é* o pré-natal. Em alguns casos, como no de Clarice, o atendimento médico pode ser considerado desnecessário, principalmente se a mulher ou o casal já for experiente, ou seja, já tiver outros filhos. Clarice conta que durante a gravidez da terceira filha, Lakshmi, todo o “pré-natal” quem fez foi ela mesma:

"Não fiz pré-natal dela. Não fui em médico nenhum, só fui pra fazer o exame pra mostrar pra minha sogra e pro Carlos que tava grávida, porque eu já sabia que tava grávida, mas eles queriam uma confirmação. A partir daí, todo o meu pré-natal quem fez fui eu mesma, com uma consciência de alimentação, yoga, li muito, estudei Parto Ativo, que é um livro maravilhoso, pra mim foi tipo uma bíblia. Eu já tinha começado a estudar sobre parto na gravidez da Isis, mas na da Lakshmi foi o apogeu!"

A parteira Clara, por sua vez, contou-me que durante o período de gravidez de seus três filhos, ela costumava procurar o médico apenas no oitavo mês de gravidez:

“eu ia lá fazer um exame, ver a posição da cabecinha do neném... eu sempre consegui lidar com o meu sistema, eu me sentia super ótima, então pra quê que eu ia no médico?”

Percebo que a idéia fundamental destes dois depoimentos é a de que é o próprio sujeito que deve equipar-se de um saber “médico” do qual possa se servir permanentemente. A macrobiótica, por exemplo, é um tipo de filosofia de “auto-cura”, na qual os tratamentos e cuidados cotidianos devem ser feitos fundamentalmente através da alimentação (absorção de comestíveis, oxigênio e bons pensamentos), em concordância com as estações do ano e com a observação permanente do inter-relacionamento equilibrado entre os princípios "yin" e "yang" (que regem a ordem na natureza e por isso estão presentes no alimento).

Práticas como essa incentivam os sujeitos a desenvolverem cuidados cotidianos consigo mesmo e são consideradas elementos que favorecem a “autonomia”. No livro *Parto Natural e Independente*, de Tomio Kukuchi⁷⁴, ele diz que “responsabilizar-se” pelo nascimento dos filhos, através de um parto “natural e independente” é uma atitude importante nos pais, pois mostra sua “capacidade de responder” e de ser “ativo” no mundo.

Contudo, o recurso aos especialistas médicos e à tecnologia hospitalar no momento do parto não são descartados, mas considerados uma possibilidade que poderá ocorrer de

⁷⁴ Tomio Kikuchi, discípulo de George Ohsawa (que trouxe a macrobiótica do Japão para a Europa, principalmente para França e Bélgica, na década de 30), é um dos divulgadores da macrobiótica no Brasil. A origem da palavra macrobiótica é grega: "macro" - grande e "bio" - vida e significa "grande vida". Devendo ser entendida como referindo-se não apenas à longevidade, mas também a capacidade de viver a vida de uma forma grandiosa e magnífica. Seu regime alimentar prioriza a utilização de cereais integrais e vegetais como alimentos principais. A noção de bipolaridade, ou a teoria de "yin" e "yang" é uma parte essencial deste estilo de vida e refere-se a idéia de que todos os fenômenos, alimentos incluídos, têm qualidades energéticas e metafísicas e que a harmonia relativa é conseguida quando "equilibramos" estes dois pólos, "yin" e "yang", nas nossas vidas. Fonte: http://www.e-macrobiotica.com/artigos/a_macrobiotica.htm, acessado em 09/09/2004.

acordo com a necessidade. Um de meus informantes, Ravi, que cultivava alimentação macrobiótica à mais de 10 anos, refere-se ao hospital como “*o último nível, um recurso último*”. Assim, apesar de os praticantes de parto domiciliar tecerem suas próprias críticas ao atendimento hospitalar e que este surja em suas falas como o “outro” por excelência do parto domiciliar, percebo que nesse universo não há uma necessidade de ultrapassar as contradições entre ambos em uma síntese perfeita - argumenta-se no sentido da utilização do seu “oposto” para um acréscimo de “vitalidade”. Como comenta Jonas sobre a cesariana: “*Eu acho que a cesariana é a cirurgia mais linda que existe, pois podia morrer dois, e sai dois vivos, mas como qualquer coisa sagrada a nossa cultura banaliza...*” De maneira semelhante, Ana diz: “*a cesariana é uma maravilhosa operação de resgate*”.

3.3. Loucos, hippies e caipiras...

Durante a realização desta pesquisa, quando me era requisitado responder a algum conhecido sobre o tema de minha dissertação, com frequência seguiam-se comentários assim: “*parto em casa é coisa de hippie*”, “*coisa de gente louca*”, “*e se acontece alguma coisa?*” ou ainda “*e se o cordão umbilical estiver enrolado no pescoço?*”

Meus informante relataram reações semelhantes por parte de alguns de seus parentes e conhecidos. Ravi e sua esposa Flávia, por exemplo, disseram que os proprietários da casa que alugavam quando tiveram o primeiro filho ficaram “revoltados” com eles por terem feito o parto em casa. Os pais de Clarice, esposa de Carlos, quando souberam da decisão dela e de Carlos em fazer o parto do segundo filho em casa, disseram: “*Você está louca, meu Deus, vai morrer!*”, lembra Carlos durante a entrevista.

Penso que essas reações e imagens estereotipadas do parto domiciliar evidenciam a crise de certas convenções associadas ao parto. Como coloca Velho (1999), a acusação de

desvio tem sempre uma dimensão moral que denuncia a crise de certos padrões ou convenções que davam ou dão sentido a um estilo de vida de uma sociedade, de uma camada, de um grupo ou de um segmento social específico. Assim, os sistemas de acusação/indignação desempenham funções de delimitar fronteiras entre grupos e exorcizar dificuldades. Reage-se, então, não apenas contra o parto domiciliar, mas contra um estilo de vida real ou suposto que é encarado como contrário ou subversivo a uma ordem moral e a uma concepção de mundo que devem ser vistos como indiscutíveis.⁷⁵

Críticas recentes, por parte da comunidade médica às práticas de parto domiciliar, veiculadas na reportagem da revista VEJA de 16/09/2004, endossam a percepção do parto como um “ato médico”. Um médico do Hospital das Clínicas de São Paulo argumenta: *“Querendo evitar cesáreas, muitas pessoas fazem um exagero tolo. Mãe e criança podem morrer se não houver equipamentos e médicos disponíveis em caso de emergência.”* Na mesma reportagem, o coordenador do atendimento pré-natal da Universidade Federal de São Paulo afirma que *“partos domiciliares só podem ser feitos com uma ambulância à porta”*.

Os temas cruciais mobilizados por estas acusações remetem direta ou indiretamente à questão dos “riscos” associados ao ato de parir e a idéias de que o parto é potencialmente “perigoso” ou “patológico” e que portanto é, ou deveria ser, um “ato médico”. Estas concepções põem em evidência a atual vigência do modelo medicalizado e higienizado de atendimento ao parto. Além disso, considerando que há um código internalizado de emoções associado a estas idéias, pode ser amendrontador imaginar o fato de alguém fazer

⁷⁵ Como afirma Velho (1999:58), a existência de uma ordem moral identificadora de determinada sociedade faz com que o desviante *funcione* como um marco delimitador de fronteiras, símbolo diferenciador de identidade permitindo que a sociedade se descubra pelo que não é ou não quer ser.

um parto fora do hospital, quando este é considerado o lugar mais “seguro” e mais bem dotado de tecnologias para salvar vidas.

Contudo, a idéia de que o parto seja um evento *a priori* de “risco” ou de que alguma coisa “catastrófica” e “irremediável” possa acontecer durante a sua realização, sem que algo possa ser feito em tempo hábil para impedi-la, é estranha aos praticantes de parto domiciliar com os quais tive contato. A noção de “risco” não é, contudo, descartada por estes grupos mas fica circunscrita a casos específicos, geralmente relacionados a doenças maternas crônicas ou desenvolvidas durante a gravidez como epilepsia, anemia grave, diabetes, pressão alta, etc., que podem levar a complicações na hora do parto. Os parteiros e parteiras que entrevistei argumentaram pela impossibilidade de fazer uma parto “de risco” em casa. Veja-se esta falas de Ana e Jonas:

“Parto em casa não é uma coisa de ir pra lá de astral. Hoje em dia se eu quero estar na minha casa é porque eu sei que é o lugar mais seguro pra eu ter meu filho. Então pra ter um parto em casa eu tô 200% certa, 200% segura de que sou uma pessoa sem problemas, e mesmo assim a gente tem alguns riscos, que são raros, mas podem acontecer e nesse momento eu tenho condições de transferir. Porque na verdade os partos que dão problema são as exceções...” (Ana)

“Eu não faço parto de gestação de risco, começa a fazer o pré-natal e se a pessoa evolui com uma condição que é de risco, vai gerar que ela pode precisar de um assistência e isso em casa não pode. Em casa é aquele que ia nascer sozinho, comigo ou sem-migo, como se diz.” (Jonas)

O parto é constantemente referido como um acontecimento “simples” em pessoas “saudáveis”, de modo que as noções de saúde e doença são especialmente relevantes para a rede de pessoas investigada. “Ser saudável” é considerado “pré-requisito” para um parto domiciliar bem sucedido. Os cuidados com o corpo e com a alimentação tornam-se, então, fundamentais para a fabricação de um “corpo saudável”, capaz de gestar e parir de forma “independente” dos hospitais. Como vemos nos depoimentos abaixo:

“Eu sempre fui esportista. Quando eu engravidei do Irwin, eu nadava mil metros três vezes por semana, nadava crow, costas, e nadava com gente que competia lá na Elase, raia à raia, juntinho, eu pedalava, caminhava, fiz yoga, eu nunca tinha feito, aí procurei um lugar

pra fazer. Nunca me preocupei com roupinha, bercinho, não, eu sabia que isso ia ter. A minha maior preocupação era com a minha alimentação, a minha qualidade de saúde pra ter o parto” (Clarice, dois filhos nascidos de parto domiciliar)

“Na verdade, o êxito do trabalho de parto ele não depende apenas de uma gravidez saudável, ele depende da história desta mulher, né, da qualidade de vida que está mulher teve até então, como é que ela já foi né, porque eu sempre digo pras mulheres que querem um dia ter filhos, vão desde já preparando o corpo, nutrindo o corpo adequadamente, um estilo de vida, né, que seja saudável!”(Clara, parteira)

Pelo que pude perceber, estes cuidados não são cuidados “de ocasião”, ou seja, que se dão apenas por conta da gravidez, muito embora possam ser intensificados nesse período. É no cotidiano que eles devem ser feitos, e são em larga medida compartilhados pelas pessoas com as quais a gestante convive. Este estilo de vida compartilhado parece constantemente buscar uma *saúde integral*, através do bem cuidar do corpo, da mente e das emoções. Como aparece neste depoimento:

“Basicamente é confiar no processo, porque o momento do parto é resultado de um processo que aconteceu antes de engravidar, durante a gestação e a presença ali. Então é confiar no processo que é importante, não é nenhuma providência extraordinária. A gente procura fazer no processo dia após dia. E não é só a alimentação como eu te falei, a alimentação tá relacionada a como você pensa e com isso como você vê a vida, então não é só a excesso de alimento, é excesso de sol, excesso de otimismo, excesso de pessimismo, não é legal. Essa coisa da confiança, saber confiar, mas prudentemente, preventivamente, dentro de um processo... os extremos é que são ruins, tem que saber ser otimista na hora certa, pessimista na hora certa...Não é excesso de segurança não, a gente tinha confiança no processo que a gente tinha construído, dia após dia. (Raví, três filhos nascidos de parto domiciliar)

Estes cuidados podem estar ligados a outras formas de alimentação “natural” como o vegetarianismo e as práticas corporais que incluem o hábito de caminhar, nadar, pedalar, praticar yoga, etc., além daquelas que envolvem os cuidados com a casa como cozinhar, limpar, cultivar o jardim ou a horta e também os cuidados com os filhos - formas também valorizadas de manter o corpo e a mente “ativos”.

“ Mulher que quando tá grávida tira uma de princesa ‘ai, tô grávida!’ essa tá se preparando pra ir pro hospital, porque lá ela vai tá doente. Mulher que quer parir, que quer ser a protagonista do seu parto, tem que ser uma mulher ativa, que aproveita o dia pra ativar, pra fazer coisas, e essas coisas são também limpar a casa, limpar o seu ambiente, ou ela cozinha, ou ela limpa um pouco do seu mundo, e ela caminha e ela planta, e ela, sabe, faz coisas relacionadas com a natureza! Que é muito bom plantar alguma coisa, mesmo que ela more em apartamento, ela que arrume um vaso, cuide de umas plantas! A vida te rodeia, então cuida destas formas de vida que são dependentes, entendeu, se mantém

ativa... ou cuida do outro filho, né... mulher que já tem um filho já se mantém ativa, geralmente... E dentro dessa atividade, né, do dia-a-dia que ela vai buscar, é onde ela vai introduzir as suas práticas e as suas necessidades de ir ao centro, de ir aqui e ir ali, fazer coisas, no mais da vida....”(Clara, parteira)

Assim, ser “ativa” é uma prática e uma qualidade fundamentais para a mulher ter o parto domiciliar. Muitas vezes a noção de “atividade” aparece associada a noção de “simplicidade”. Flávia, esposa de Ravi, que também cultivava a alimentação macrobiótica e que na época da pesquisa estava grávida de sete meses do terceiro filho, disse-me:

“a mulher quando tá grávida têm que ficar caipira, é simplicidade mesmo! Eu até hoje carpo. Claro que eu não vou me matar na enxada, mas vira e mexe tô aí agachada tirando matinho...na primeira gravidez até fiz outros movimentos, agora não tenho feito tanto, mas uma coisa que eu gosto de permanecer é de mexer com a terra e fazer tudo que eu faço normalmente, limpo a casa não tem essa de ‘Ai, cansaço!’”

Este cuidado pessoal com a saúde pode incluir meditações, leituras e anotações que se toma sobre livros e palestras de forma que se possa rememorar mais tarde e apropriar-se ainda melhor deste conhecimentos. Na fala de Clara, citada anteriormente, percebe-se também que o “cuidado consigo” não é de forma alguma um exercício de solidão e não se esgota no auto-cultivo indivíduo mas volta-se para os outros e para o ambiente circundante.

3.4. A lógica do doméstico

“O parto domiciliar ele tem valor quando ele é simples, se você enche de material hospitalar dentro de casa, então é melhor você ir pro hospital. Parto domiciliar tem que ser simples, sabe como é... de mão lavada, o máximo usar umas luvas... e claro, tudo limpo, o mais limpo possível, a gente prima por isso e principalmente nenhuma poeira. Pode ter o mínimo de coisa dentro de casa, só o necessário, não precisa muito pro parto domiciliar. (Clara, parteira)

Nesta seção busco compreender a valorização contemporânea da casa como ambiente social ideal para o parto. Argumento que esta disposição ética articula-se com outras como a valorização do que é “simples”, da autonomia individual e grupal e também da intimidade e do conforto emocional.

Considero importante ressaltar que a noção de *éthos* inclui um código de emoções, de padrões de afetividade e disposições estéticas.⁷⁶ Nas entrevistas sobressaíam-se referências a um estilo de vida que privilegia a simplicidade, o prazer dos sentidos experimentados em comum, o bem conduzir das emoções, os pequenos agrupamentos humanos e as trocas afetivas que neles se realizam, os cuidados com o corpo, com a alimentação e a valorização do ambiente doméstico como pivô em torno do qual se estrutura a socialidade.

Assim, considero que noções como “simplicidade” e as idéias que a ela estão associadas como “natureza”, “moderação”, “equilíbrio”, “limpeza”, “contenção”, “saúde” e “autonomia” são antes de tudo valores éticos e estéticos empenhados na construção de um modo de vida adequado. Desta forma, o conhecimento ético e estético destes grupos não se refere apenas às capacidades de gestão do parto, mas dizem respeito às capacidades individuais e coletivas que proporcionam a habilidade de viver harmoniosamente em relações cotidianas com os outros.

Além disso, estas concepções estão largamente permeadas pelo cultivo do julgamento estético ou pelo “gosto”. De forma que comportamentos, ambientes, cheiros, objetos e instrumentos relativos ao mundo doméstico eram sempre contrastados com aqueles do ambiente hospitalar. Neste último, o “excesso de tecnologias”, de pessoas envolvidas “tecnicamente” e não “afetivamente” no parto, além do ambiente “estranho” e não “familiar” à parturiente e sua família, não permitem que a beleza do parto se manifeste, tornam-no estéril, socialmente improdutivo:

“Existe uma falsa segurança de que estar no hospital é mais seguro. Isso é um equívoco, porque é a mesma coisa que você achar que vai ver um fla-flu no Maracanã e achar que tu tá com companhia! Em casa o ambiente é muito conhecido e tu vai tá isenta de qualquer

⁷⁶ Conforme Bateson (1958) e Geertz (1989).

estresse outro, por exemplo, rotinas de maternidade, cores, sons, que isso é próprio, se tu se sentir ameaçado, teu intelecto fica analisando, porque tu não entende, é coisa estranha e tu não pode ir pro lugar pra curtir, ter uma introspecção profunda, ir lá pros confins do universo pra buscar o teu neném, sendo que tem gente que vai ficar te dando ordens. Isso é um crime de lesa natureza (...)O ambiente quanto mais acostumado, mais conhecido melhor, porque a mulher já entrou num acordo com ele, porque ela já se acostumou com a umidade, com o som, com o calor, com a ventilação, com os sons, então em casa ela vai tá no máximo do seu potencial de nascência”. (Jonas, parteiro)

Lagrou (1998) assinala que as sociedades cultivam sua estética ou teoria do gosto ligada a um valor e, conseqüentemente, julgamento, de modo que percepções visuais, cheiros e sons que agradam serão sempre contrastados com outros que desagradam, pressupondo esquemas de significação que precedem a mera possibilidade de percepção. Ou seja, as percepções dos sentidos são sempre julgadas de acordo com o que significam para o perceptor. Os grupos sociais se diferenciam, então, em termos do que gostam e os critérios variam de acordo com o uso político ou social do julgamento estético, de modo que o gosto se torna crucial para a construção das identidades sociais.

Assim, considero que a centralidade da oposição “casa” x “hospital” entre os praticantes de parto domiciliar expressa contrastes entre estilos de partejar e de vida percebidos e vividos como diferenciados. O “simples” enquanto qualidade do parto e do mundo doméstico é, então um valor moral e estético que está intrinsecamente ligado a uma maneira específica de realizar o parto e de conceber o mundo social.

Assim, entendo que o parto domiciliar, conforme constituído pelo universo pesquisado, é uma forma de arte porque vejo que ele está amplamente imbuído de significados vinculados ao gosto, à beleza e a modos específicos de ser e estar no mundo. A estética neste caso, não se limita ao mundo das belas artes, mas contamina toda a vida cotidiana, tornando-se uma parte considerável do imaginário dos seus praticantes.

Pode-se dizer também que a centralidade da casa no parto está ligada ao gosto pela *proxemia*, ou seja, por aquilo que está próximo e pelo que é possível manobrar com aqueles

que estão próximos. Esse é o fundamento “técnico” do parto domiciliar: a casa e os instrumentos domésticos como ferramentas de domínio. Como explica Clara:

“No hospital ela [a parturiente] tá num mundo estranho, na hora do parto tem que ensinar a mulher a subir na cadeira: ‘olha, sobe assim, vai lá, é assim que se fica’. Ela tem que estar se adaptando a coisas materiais, em casa não. Em casa ela fica no lugar dela, na cama dela, no banquinho dela, na almofada dela, tudo é prático, é íntimo, tudo é fluído. E nós estamos ali atendendo, nós arrumamos tudo pra ela, ela não tem preocupação, sabe. Ela anda, ela caminha, ela sabe se esquivar de todas as coisas, é o mundo dela.” (Clara, parteira)

É neste sentido que busco compreender os valores e a retórica dos praticantes do parto domiciliar quanto à autonomia pessoal e a espontaneidade emocional, bem como sua recusa às instituições e a relações de coerção e subordinação. Seu desdém pela norma e pelo comportamento normativamente estruturado, não implica contudo em uma negação do mundo social, mas em um senso específico do que seja o social para estes grupos. E o social para estes grupos remete às relações de proximidade e de afeto e, nesse sentido, privilegia os pequenos agrupamentos e focaliza a atenção sobre os pequenos fatos da vida.

Utilizando uma denominação de Mafessoli (1999), pode-se dizer também que há um *familiarismo* que estrutura as relações sociais entre os participantes do parto em estudo. Dando a este termo a acepção ampla que o autor sublinha, não reduzindo-o à estrutura nuclear que a família assumiu durante a modernidade, trata-se de entender este conceito como o “espírito de família” estruturado em torno das emoções. Veja-se está fala da parteira Ana:

“Eu sou parteira, eu não chego na casa simplesmente seguro o neném e vou embora. Eu já chego na casa, vou direto na geladeira ver o que eles tem pra fazer de comida pra eles. Se eu sei que é um casal que não tá prestando muita atenção em comida, eu já trago as minhas verduras e legumes pra fazer uma sopa depois, aí já faço o meu pão, enquanto ela tá em trabalho de parto eu tô fazendo um pão pra colocar no forno... Então parteira cuida de tudo, não cuida só do parto. Parteira tem relação com a família inteira, você já vê o marido, como é que ele tá, se ele tá bem, se não tá, o que ele precisa... Então tem essa relação de proximidade..”

Argumento, então, tomando a expressão de Maffesoli (1999), que há uma “lógica do doméstico” que organiza o vivido e que acentua ao mesmo tempo a autonomia individual (o cuidado de si) e a solidariedade social (a proxemia). Além disso, estas relações concedem lugar de destaque à experiência, tanto individual quanto coletiva e ela não é de modo algum um estreitamento no indivíduo ou na esfera do privado, é antes, um conjunto vasto que engloba tudo o que existe numa certa proximidade: a casa e o casal, os amigos, parentes, os filhos, os instrumentos do mundo doméstico, os animais, as plantas e a cultura; e no qual todos estes elementos estão em correspondência uns com os outros.

Estes elementos em correspondência permitem, então, definir um estilo de vida e uma ordem ética. E esse conjunto, a partir do pivô da experiência, torna possível dizer que a solidariedade que se organiza é essencialmente estética, não uma estética puramente artística, ou mesmo filosófica, mas uma estética essencialmente ética, que permite a “relição” social. Desta forma, pensar uma estética da vida social entre os praticantes de parto domiciliar significa que seus valores éticos estão totalmente imbricados com a construção de um estilo de vida, uma espécie de estilística da existência, ou mesmo de uma *arte de viver* dentro da qual a *arte de nascer* toma seu lugar.

3.5. No ritmo da natureza

Gostaria de sublinhar, neste momento, algumas características cosmológicas referentes ao parto domiciliar florianopolitano. Muito embora eu não tenha ainda dados etnográficos suficientes para recompor esta cosmologia na sua inteireza, posso ressaltar que um dos seus aspectos fundamentais é sua noção de “natureza”.

A noção de natureza destes grupos foi-me apresentada a partir do parto. Pelo que pude perceber, ela não é considerada um objeto inerte, mas está animada, possui vida,

autonomia e um ritmo próprio: seus ciclos. Como uma força cósmica primitiva, sagrada e eternamente criadora, ela produz todas as coisas por sua própria atividade. É também sinônimo de universo. Ela investe-se de uma força intrínseca de integração entre todos os seres existentes que não permite que se esqueça que o homem, junto com outros, faz parte desse universo.

Assim, a “natureza” é capaz de despertar neste grupos um sentimento de simpatia, de participação na ordem cósmica, partindo do pressentimento de que há uma forma de harmonia entre os diversos elementos desse cosmos. Assim, a natureza é como o *macrocosmo* no qual o *microcosmo* humano encontra-se aninhado:

“Os ciclos da natureza eles se dão em etapas, sempre no mesmo ritmo, eles não se atrapalham, sabe, o ser humano é que se atrapalha, se atrasa, mas geralmente quer se antecipar! A natureza não se antecipa, ela vai sempre no seu ritmo, e ela cumpre naquele ritmo os seus deveres. Entendeu, aquela coisa das estações do ano, das lunações, é aquele ritmo, ele se repete eternamente aquele ritmo, ela não se atrapalha, a lua não se atrapalha, ela vai sempre, cada dia ela vai, ela mingua, mingua, mingua, até desaparecer, né, aí depois ela é nova e ela vai devagarinho, ela cresce, cresce, cresce, ela nunca se atrapalha, ela não tem pressa. Então eu acho que a gente observando a natureza, a gente consegue admitir pelo menos, que nós também temos este ciclos, tem que observá-los dentro de nós.”

A representação que fazem os praticantes de parto domiciliar do sentido do natural diz respeito a um estilo de vida que envolve não apenas o tipo de parto e os procedimentos relativos à gravidez, à contracepção, à amamentação, aos cuidados com o bebê. Ser “natural” é um critério fundamental para qualificar todas as esferas da vida: o corpo, o comportamento pessoal, os alimentos consumidos, mas também o espaço e a casa, o material utilizado na confecção de objetos e a forma de fabricá-los, etc. A natureza é considerada o eixo do mundo em torno do qual deve organizar-se a vida social.

Pode-se aqui falar numa “ecologização do mundo” (Maffesoli, 1999), na qual a natureza deixa de ser considerada um objeto a explorar e se torna uma parceria obrigatória. A “troca de energia” com a natureza é, então, ao mesmo tempo uma forma de cura, de

espiritualização e de conexão com a ordem cósmica. Nesse contexto, o corpo é uma espécie de *mesocosmo* e torna-se social na medida em que consegue, por proximidade, influenciar o meio circundante.

“Eu acredito que uma mulher que tem um estilo de vida saudável, uma alimentação porque a energia dela tá diretamente relacionada com a força da natureza, ela tá comendo os alimentos que trazem a força da natureza pra ela, ela então metaboliza estes alimentos, tira os nutrientes destes alimentos e se ela tá estabelecendo esta relação assim com a natureza, não tem porque os mecanismos da natureza dentro do corpo dela não funcionarem. Claro que vão funcionar! Por que é que os alimentos nos trazem energia? porque eles captam a energia do sol e da terra pra se desenvolverem, nós comemos eles pra pegar esta energia do sol e da terra, pra sintetizar as vitaminas. Então esta mulher, ela tem forma, função, ela tem tudo, não tem erro, que vai dar certo!” (Clara, parteira)

O corpo é que faz a lei para o corpo e a alma deve corrigir-se para poder conduzi-lo, segundo uma lei que é a do próprio corpo e que é a da natureza. É como se a razão devesse permanecer em estado de escuta. Nesse sentido, o momento do parto é a própria força irreprimível da natureza em ação:

“A pessoa vai entrando no ritmo da natureza, é um pulsar, igual a maré, tu não pode ir contra isso.”(Jonas, parteiro)

“Porque o parto é aquela revolução, aquele terremoto, aquela coisa, né, empurra daqui, empurra dali! É a reprodução daquele período da Terra em que os anfíbios, os répteis saíram da água pra viver no ar, então aquilo se repete, aquela situação, aquelas transformações, aquele terremoto, maremotos, tudo aquilo se repete no corpo da mulher!” (Clara, parteira)

Para o “bem parir”, deve-se então, entrar no “ritmo” da natureza. Assim, o cuidado com o corpo é uma tarefa à qual cada um deve se entregar cotidianamente, mas especialmente a gestante, pois só há ritmo quando existe adequação entre a vontade potente do *macrocosmo* e o querer viver do *microcosmo*. Nesse sentido, natureza e cultura não são concebidos como opostos mas como complementares:

Preparação com qualidade é uma preocupação com estes aspectos que favorecem a natureza da mulher, favorecem os mecanismos da natureza que vão funcionar na hora do parto para que eles estejam prontos pra entrar em

ação (...) Neste estilo de vida, então, entra um trabalho corporal, a alimentação, entra a respiração, entra os hábitos do dia-a-dia...” (Clara, parteira)

O gosto pela natureza também acentua a animalidade humana e o animal desponta como modelo de conduta. Além disso, a “natureza” e a “simplicidade” do parto também estão relacionadas com a idéia de que o parto é um processo fisiológico semelhante aos mecanismos de excreção como a evacuação:

“Do mesmo modo que a gente evacua, a gente funciona... é uma necessidade fisiológica. É uma parada assim, é o corpo querendo funcionar e a gente acompanha! A gente entra em sintonia com aquilo ali. Pra mim é essa coisa da natureza, confiança na natureza mesmo, que a gente é bicho, a gente é um animal, então que a gente funcione conforme estes instintos.” (Flávia, três filhos de parto domiciliar)

Durante o trabalho de parto, a função da parteira é ajudar a parturiente a entrar em sintonia com a natureza. O “ritmo” do trabalho de parto deve ser uma forma harmoniosa, inscrito num processo dinâmico de pequenas seqüências ajustadas umas às outras, sem dispêndio de energia. Nesse sentido, pode-se dizer que há uma “economia” da força que favorece o ritmo, como explica Clara:

“Então vem a vontade e tu faz força, vem a contração, aquela vontade, então aproveita, né... vem a vontade, aí fooorça, [ênfatisa] durante a contração! Agora fazer força sem a vontade não se deve, porque prejudica os tecidos, pode arrebentar o períneo, pode... prejudicar... Esses dias eu vi uma novela, então vai ter um parto, então vamos ver como é que vai ser este parto... Ai ficam dizendo assim, “Faz força! Faz força!” Mas ela tá justamente assim naquele período que dá aquele momento de parada! Não deu contração! E não tem que ter medo vai vir a outra contração! Aí quando sai a cabecinha, né... aí eu sempre digo “Caaaalma! Calma... que daqui a pouquinho tu já vai ter outra contração, aí tu faz a força junto, tu vai sentir vontade, não se apresse” Ah, e é certinho. Sempre que sai a cabecinha dá uma paradinha, mas aí vem outra contração, e ela faz força... É direitinho, perfeito! A natureza é perfeita! E a criança vem pronta, vem linda, e aí respira e já chora...”

Além de alimentar-se à vontade e movimentar-se livremente durante o trabalho de parto (na praia, caminhando no jardim ou pela casa); gemer e respirar são técnicas corporais bastante utilizadas e consideradas as mais eficazes para ajudar a mulher a “se entregar” ao ritmo natural. Estas técnicas podem ser treinadas durante a gestação, nos

encontros com a parteira, mas mais fundamentalmente é na hora do parto que a interação entre a parteira e a parturiente, tem que ser eficaz:

A gente ensina gemer. É sério! porque tem dois tipos de grito, um que fecha e um que abre, você nunca ouviu falar disso? Se você gritar iiiiiiiihhhhh!!!! [bem agudo], você fecha tudo. Agora se você fizer hãããã!![grave, soltando o queixo] você abre tudo. Você faz, você sente, isso não é teórico, isso é sensação, quando você vai fazer cocô, cê faz hãããã hãããã, hããã, você abre, é uma coisa muito mais lá em baixo, né, agora se você faz iiiihhh, é tudo fechado, é tudo duro. Aí você explica pra mulher, e olha ela no olho, e vamos lá! Então quando ela começa “aiiiiiiiii”[agudo] aí eu já faço “aaaaaeeee” [grave]. É um ai mais.. mais lá em baixo, que vai pra terra, não é um ai que sobe. Então tem o ai de trazer pra terra e o ai de prender! (Ana, parteira)

3.6. As marcas do nascimento

“Porque se diz uma coisa, quando a fruta tá madura ela cai do pé, tu não precisa puxar! E a mesma coisa é o bebê, a hora que ele tá maduro ele nasce!” (Clarice, dois partos domiciliares “independentes”)

Conforme argumentei na introdução deste trabalho, os ritos funerários – tomado o caso Krahó como referência inspiradora – marcam e dramatizam os processos de dissolução do homem social, nos quais a morte opera um tipo de “corte” na sociedade (Carneiro da Cunha, 1978). Os ritos de nascimento e parto, por sua vez – agora tendo o parto domiciliar ora em estudo como universo de atenção -, tratam de dar conta de um “a mais” recém-parido/nascido, incorporando-o ao conjunto mais amplo da sociedade dos vivos, dando-lhe um lugar em suas relações de sociabilidade.

Inspirando-me em Carneiro da Cunha (1978), que explorou as concepções de pessoa nas terras baixas da América do Sul através dos ritos funerários Krahó, acredito que o estudo dos ritos de nascimento entre nós, através da análise dos investimentos sociais que marcam a chegada de um novo membro, pode igualmente contribuir para a compreensão destas concepções conforme elaboradas em nosso próprio mundo. Vale lembrar também o artigo pioneiro de Mauss (1938), no qual ele demonstra uma série de formas que o conceito

de pessoa se revestiu em diferentes sociedades, de acordo com seus sistemas de leis, crenças, moralidade e religião.

O estudo de Lo Bianco (1985), citado no primeiro capítulo, que mostra o processo de psicologização do feto a partir da difusão das teorias psicológicas e psicanalíticas em alguns segmentos de camadas média brasileiros, tem especial relevância para esta pesquisa. Nestes grupos, notadamente marcados por uma “cultura psicanalítica”, o feto, *tornado bebê* durante a gestação, passa a ser considerado uma pessoa já com qualidades concretas e concebida como um ser em grande medida “independente”: um indivíduo. Lo Bianco (1985) assinala que a questão da independência do feto ganha ainda maior relevância através dos procedimentos e exames médicos utilizados para acompanhar seu crescimento, como ultra-sonografias e a ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Além disso, especial atenção é dada à relação materno-infantil e ao escrutínio das emoções e sentimentos maternos, uma vez que o bebê é considerado um indivíduo relativamente independente, com gostos e preferências singulares, e ainda como um parceiro de diálogo.

No âmbito do parto domiciliar, um universo notadamente marcado pela presença de uma “cultura neo-espiritual”, pode-se dizer que a relação com este novo membro também se inicia antes de seu nascimento, durante a gestação, e por vezes até mesmo antes da gravidez. Contudo, é possível pensar alguns deslocamentos com relação a percepção do bebê enquanto um “ser psicológico”.

O período pré-natal é extremamente valorizado nestes grupos, uma vez que se entende que durante a gestação o mundo social se “imprime” no neném⁷⁷ como uma “marca”, ou como um “carimbo”. Nesse caso, não são apenas as emoções da mãe que

⁷⁷ “Neném” ou “nenê” são as categorias nativas mais utilizadas para referir-se ao filho, embora a categoria “bebê” tenha aparecido algumas vezes.

“passam” para a criança, mas seus hábitos e por isso é importante ter uma boa qualidade de vida durante a gestação. Isso, Clara me explicou assim:

“As emoções da mãe passam pra criança, né, eles são um só! Só depois que o filho sai da mãe é que ele se torna um ser individualizado... Eles têm o mesmo sangue, né, que é uma substância que vai em todas as partes do corpo, todas, todas são nutridas pela mesma substância, eles são uma coisa só! Então os sentimentos, os hábitos, os estados emocionais dela, tudo se imprimem no filho, assim como os estados espirituais. É psico-física esta relação, é uma coisa inteira.”

Se o mundo social chega ao neném fundamentalmente através dos hábitos e emoções da mãe, isto não se dá através de uma relação entre dois indivíduos, mas fundamentalmente porque eles são um só corpo. Este depoimento de Clara evidencia também que a representação da relação entre corpo e alma não é de oposição, mas de integração “corpo-espírito”. Além disso, o neném é “sensível” não apenas à mãe, mas ao ambiente no qual ele e a mãe encontram-se inseridos. Sobre isso Jonas comenta:

“Quando vem um casal pro pré-natal, vem os dois, né, aí eles chegam e aí ele já passa a mão no cabelinho dela, dá uns beijinhos na mão dela, passa a mão na bunda dela... Ah! Já sei que vai nascer tranqüilo. O neném tá vendo tudo isso aí. Claro que não é com os olhos, mas ele sente que ele está num ambiente acolhedor, sente extrema confiança..”

Além disso, apesar de não haver entre os informantes um consenso ou mesmo uma única “filosofia” sobre “de onde vêm os nenéns”, eram comuns referências ao nascimento como “viagem”, e a idéias de que se está “recebendo alguém” que vem de outro plano de existência. Este outro plano pode ser pensado como “o mundo espiritual”, embora variem os entendimentos a respeito de como deve ser este mundo, se povoado por “espíritos”, ou dotado de uma potencialidade mais ou menos indiferenciada que no momento da concepção vai se “aglutinar” pra dar origem a um novo ser.⁷⁸

⁷⁸ Veja-se, por exemplo este depoimento de Clara sobre o momento da concepção: “Cada óvulo e cada espermatozóide carregam uma herança astral, de todos os antepassados que formaram estes seres que a gente chama óvulo e espermatozóide. E essa herança não é só física, ela é anímica, espiritual, ela também traz toda a carga energética da alma destes antepassados e do espírito destes antepassados, além da carga energética física, que é a própria manifestação, o que se manifesta aparentemente. Então as crianças surgem

Embora a analogia mais utilizada para o nascimento do neném seja a da “fruta que cai do pé quando madura” – e essa é também uma noção de “ritmo natural” - a transição de um plano para o outro também depende do esforço daquele que nasce. Nas entrevistas, com frequência as mulheres referiam-se ao fato de o neném vir “se empurrando”, “se girando”.

Estas concepções induzem-me a pensar que o neném ainda em gestação é dotado de uma “interioridade”, contudo ela não é necessariamente idêntica àquela que é pertinente ao sujeito psicológico moderno - marcado pelas características da “racionalidade”, “individualidade” e “vontade”. O estudo de Maluf(2003), sobre as culturas neo-espirituais no sul do Brasil, ilumina alguns aspectos da pessoa nessas culturas que considero pertinentes à noção de pessoa que emerge dos ritos de nascimento domiciliares.

A autora ressalta que para estes grupos a noção de “interioridade”⁷⁹ é fundamental para a demarcação da noção de pessoa. A adoção de um estilo de vida espiritualizado por parte destes grupos, impulsiona a pessoa a buscar sua “essência pessoal” através de variadas práticas espirituais e terapêuticas. Contudo, essa “vida interior” ou a “essência” do sujeito só pode se realizar plenamente a partir de uma conexão com um plano de transcendência (a ordem cósmica) e com um plano externo à pessoa (o mundo social no qual o “buscador” espiritual deve fazer seu caminho e se transformar). Isso coloca em evidência o aspecto transmanente da pessoa: ao mesmo tempo voltada para si mesmo e seu mundo interior e como “ser no mundo” fazendo parte de uma ordem cósmica superior.

desta concepção que é o conjunto destas energias todas que naquele momento ali se encontram num espermatozóide e num óvulo e que se conjugam, né, dando início a uma nova vida.

⁷⁹ Cf. Maluf (1996) o aspecto da interioridade da pessoa nesses grupos aparece através das noções de “essência interior”, “centro pessoal”, “vida interior”, “eu superior”, etc.

Penso que o estatuto do bebê no parto domiciliar põe em evidência esse duplo aspecto da pessoa: seu caráter ao mesmo tempo imanente (dotado de uma essência pessoal - um “viajante”, um “espírito”), e transcendente (como parte da realidade cósmica da natureza e ligado à noção de pessoa enquanto ser “sensível” ao mundo social e em relação permanente com ele.)

O nascimento dramatiza a transição do plano espiritual/natural para o mundo exterior e é considerado uma das “marcas” fundamentais que vão constituir a pessoa. O nascimento se “imprime” no bebê, tendo conseqüências em sua personalidade. O parto é, então, considerado um “evento paradigmático” para o sujeito e por isso também o ambiente emocional do nascimento deve ser “harmonioso”. Jonas considera que o parteiro tem que ter “muito amor”, tem que “honrar a vida” e transmitir uma “imensa sensação de segurança” à família que está atendendo, além saber ser “silencioso” quando necessário e “atencioso”. Com relação ao bebê, ele comenta:

*“O que eu faço na hora do nascimento, quando o neném tá nascendo? Eu fico concentrado nisso : ‘sei do teu sacrifício, mas podem vim, aqui todos nós te gostamos , pode vim que nós vamos te dar uma surra de beijos assim que tu chegar’. Então o neném vêm na confiança.”
(Jonas)*

A “primeira respiração”, o “primeiro alento” será a expressão por excelência da sua nova condição no plano do mundo. É o seu primeiro ato “autônomo” nesse plano, por isso as considerações a respeito do corte do cordão umbilical apenas quando este pára de pulsar, ou seja, só depois de o bebê ter começado a respirar sozinho. De forma que a transição de um estado de dependência do corpo materno para a independência seja suave e respeite o ritmo próprio do bebê. É interessante observar que esta seja uma prática generalizada no parto domiciliar, enquanto nos documentos da OMS ela é referida como “*sem evidências*

científicas” que comprovem a sua eficácia, muito embora muitas das instituições que aderiram às propostas da humanização a tenham adotado.

O choro também pode representar este primeiro ato autônomo, uma vez que está diretamente ligado à primeira respiração:

“Porque o choro significa que entrou ar nos pulmões! É aquele “aaaaaiiiii”, que é uma coisa fantástica, né, entrar ar nos pulmões é uma coisa que nunca aconteceu, então o choro faz parte!!!! Eu aspiro estes líquidos e eu faço tudo pro neném chorar. Se por acaso ele não chorar no primeiro segundo, a gente dá um jeitinho, tem que chorar, o neném tem que chorar. Ele recebeu o impacto da vida, o primeiro choque, he he he, ele tem que receber este primeiro choque...” (Clara)

Este outro plano, “de onde vêm os bebês”, é também para onde se vai depois da morte, sendo que nascer e morrer podem ser vistos como processos similares ou equivalentes. Uma das imagens referidas ao parto é, então, a de um “portal”:

“Porque tu tá nascendo aqui, tu tá morrendo em outro lugar, não sei se é assim, mas eu acho que é assim, eu sempre achei que nascer e morrer é igual, como um ampulheta que vira de um lado pro outro, mas não há em cima e em baixo, a pessoa nasce pra cá, tá morrendo no outro lado lá. A imagem melhor do parto é “o portal”. (Jonas)

3.7. Imagens do feminino

As dores do parto, tão decantadas como marca do sofrimento feminino, são, no contexto do parto domiciliar, positivadas e consideradas forças naturais. Enfrentá-las é sinônimo de força, bravura, coragem e vitalidade. Ser mãe é, então, uma imagem poderosa e fonte de auto-estima. Veja-se este relato de Clarice:

“É ultrapassar limites... eu acho que tu esperou nove meses, tu tá ali num trabalho de parto, poxa, o trabalho de parto é a festa! Tu te preparou nove meses pra ir numa festa e tu não quer ir na festa? Eu pra mim foi uma realização, eu me sinto uma verdadeira loba! (Clarice, dois partos domiciliares independentes)

Além da referência da mulher à “loba”, apareceram outras referidas às “índias” e às “macacas”. Penso que é possível invocar aqui a figura de uma *mulher selvagem*, como

“modelo” de feminilidade. Entendo que esta figura, no entanto, é menos que um modelo normativo e aproxima-se mais de uma figura mítica que permite por em ato múltiplas potencialidades, uma vez que incorpora ao comportamento feminino características até então pouco toleradas ou mesmo vedadas à mulher em trabalho de parto.

A raiva, por exemplo, aparece como um sentimento pertinente, como podemos perceber neste trecho do *Guia Auxiliar de Obstetrícia Doméstica*, uma tradução “caseira” do capítulo cinco do livro *Spiritual Midwifery*, de Ina May Gaskin:

“O estado de consciência da mãe passa por uma grande modificação durante o primeiro estágio do trabalho, esta mudança de consciência na mãe, deve ser levada em consideração por todas as pessoas que estiverem ajudando no parto, ela se torna menos uma personalidade individual e mais uma força elemental – que nem um furacão, um vulcão, um terremoto, cataclisma, com suas próprias leis de comportamento. Este tipo de senhora mãe tem sido descrito como “uma coisa grande amorfa”, uma onda gravitacional, tropismo eletro-químico, mais velho e mais esperto que você, e sempre consegue o que quer. Você tem que encontrar as leis desse tropismo, seja qual for o aspecto dele que você encare, e trabalhar dentro delas, porque não se pode racionalizar com uma força elemental, e você não pode prever o que ocorrerá.”

Há entretanto um ética da gentileza que é fundamentada na busca de uma ordem orgânica, harmônica. No entanto, esta harmonia só é possível na medida que aceita a existência de seu oposto. Como pode-se perceber nesta fala de Clara:

“É muito comum durante o trabalho de parto a gestante te dar um olhar assim de... tu não sabe se é uma raiva, se é um ódio... se é um chega pra lá. Mas eu converso, na preparação, com a gestante sobre a importância de ela ter uma atitude gentil durante o parto, porque as pessoas estão ali para ajudá-la, então, ela tem que dar uma resposta também, sabe confortável pra gente.... Acho que é aquela coisa da mulher, né, chega na hora dá uma raiva, mas não é com a gente, não pode levar isso pro lado pessoal, a gente tem que entender isso, eu entendo isso..” (Clara)

Quando perguntei como meus informantes viam os parteiros homens, quase todos argumentaram que quem deveria atender partos são as mulheres:

“ Eu sempre digo pras minhas gestantes que se eu fosse mulher eu ia querer ter meu neném com uma parteira, porque quando eu tivesse no desespero, eu ia olhar no olho dela e eu ia ver o desenho do parto. Acho que é a última encarnação que nasce homem, daqui pra frente vou nascer mulher, pra eu poder parir e tal, sentir tudo isso que eu tanto admiro”.
(Jonas, parteiro)

“O parto deveria ser feito só pelas mulheres, eu só fui fazer porque não tinha quem fizesse. Eu acho isso, por causa do instinto feminino, porque o nascimento é um ato da natureza feminina. Eu nos meus devaneios eu penso que muito da humanidade se perdeu quando os homens começaram a entrar muito no parto” (Carlos, parteiro)

“Então, tem homens que podem ser parteiros porque eles conseguem desenvolver essa sensibilidade, essa percepção na hora, de como se relacionar com aquela mulher, ou com aquele casal que tá ali. Assim de saber buscar as palavras certas, de saber vibrar, né naquele momento ali, de acordo.... A única coisa que o homem nunca vai poder fazer é ajudar a mulher a abrir, porque ele nunca passou por isso, ele nunca abriu. Por isso que uma coisa muito importante numa parteira é que ela seja mãe... mãe e que pariu de parto normal, porque então ela soube como abrir, tá... a entrada da caverna, para deixar sair de lá um tesouro!!! (risos)” (Clara, parteira)

É sobretudo o conhecimento incorporado da parteira, no seu próprio ventre e inscrito no seu “olho” que é valorizado, mas também sua experiência em atender partos. As parteiras tradicionais - ou usando um categoria nativa - “de antigamente” são sempre referidas como modelos de cuidado atencioso e sabedoria intuitiva. Ana refere-se à importância da parteira ser “*uma anciã*”:

“Eu gostaria de ter meus filhos sempre com uma mulher mais velha do que eu, uma mulher que já teve filhos, que teve uma experiência maior de ter filhos aqui na Terra, uma anciã, porque ela passou por aquilo, então ela pode me olhar no olho e saber exatamente o que eu tô sentindo, ela vai me abraçar e cuidar de mim como a minha mãe cuidaria.”

Estes relatos mostram-se muito férteis para empreender uma análise de gênero em trabalhos futuros. Por ora, limito-me à descrição etnográfica, contudo é possível depreender destas falas uma celebração da mulher e uma valorização do mundo feminino. A mulher encarna uma potência natural, fonte de vida e de fertilidade. Contudo, não é como “feminista”, ou como “vanguarda” que este poder feminino se apresenta, mas como uma afirmação da vida não separada da natureza que busca se exprimir em sua plenitude, e que para isso, ressalta, antes de tudo, o qualitativo.

Pode-se também pensar em uma feminização dos sujeitos, manifestada tanto pela revalorização da esfera doméstica bem como pela ênfase na linguagem subjetiva e de

expressão das emoções e da vida afetiva, comumente associadas com qualidades femininas nas culturas ocidentais. Como pode-se perceber neste depoimento de Carlos:

“Eu acho que a participação do homem começa na própria relação com a intimidade que ele vai desenvolver com a mulher, sabe... Eu acho que a idéia do parto devia partir desde aí, o homem ter um pouco mais de compreensão da natureza feminina, saber como apoiar a mulher nesse sentido... Eu acho que o pai que quer assistir o nascimento do filho, tem que tá lá, precisa que ele desenvolva um certo instinto, um certo apreço pela mulher dele diferente do que a gente vê normalmente nos relacionamentos. A palavra certa é intimidade, eu acho...”

Durante o parto, o marido/companheiro deve ter um papel “ativo”. Se houver uma parteira ou parteiro, ele deve auxiliá-la (o) em várias atividades, fazendo massagens, preparando um banho de assento, caminhando com a mulher, preparando um lanche, etc., mas sua presença é também fundamental para o conforto afetivo da parturiente. Segundo as declarações de Clarice, o marido deve também *“puxar a mulher pra sensualidade dela.”*, uma vez que a sexualidade é também considerada um fator que potencializa o parto. Jonas e Clara falam sobre os maridos/companheiros que vão participar do parto:

“Ela tá passando por um processo e vai de ti apoiar este processo que depois o pagamento vêm com juros e correção monetária. Então faça coisas que ela goste e principalmente não faça nada que ela não goste. Faça coisas que deixem ela bem. A hora que ela passar por isso ela vai dizer pra: puta, que homem! E tu mesmo vai dizer pra ti: puta, que homem!”(Jonas)

O marido é a pessoa mais íntima com quem ela pode trocar um olhar profundo, um olhar de segurança, um olhar de apoio, né, então, procurar isso, ter esse entrosamento, sabe, que não é das palavras, é do olho. (Clara)

Por outro lado, é possível pensar em uma relativização dos pólos masculino e feminino a partir da dualidade taoísta do *yin/yang*, muito presente na cosmologia neo-espiritual, que vê o ser humano como fundamentalmente andrógino. A macrobiótica, por exemplo, é uma filosofia que toma como base esta dualidade. Numa de minhas conversas informais com Raví, adepto desta prática, ele contou-me que um amigo seu, ao falar sobre as relações entre homens e mulheres, afirmou: *“agora é o igualitarismo!”*. Ao que ele teria

respondido “*não, eu não acho. O melhor mesmo é um antagonismo complementar!*”, enfatizando a idéia de dois princípios opostos e complementares, como *yin* e *yang*.

Estas questões remetem a um aprofundamento futuro a partir de novos contatos e pesquisa de campo. Contudo, comparando-se estes depoimentos com a descrição realizada por Salém (1987), pode-se supor que o *igualitarismo* - que a autora considera uma das características fundamentais do *casal grávido* nos anos 80, tende a ser substituído – no caso do parto domiciliar - por representação *complementar* dos gêneros.

3.8. O numinoso

“As pessoas envolvidas, não tem uma que não fique profundamente tocada na hora do parto, sensibilizada, maravilhada! E é difícil tu expressar exatamente o que é essa força da hora do parto, que impregna ali todos os que estão presentes no parto domiciliar e que deixa a gente assim high, deixa a gente assim numa outra dimensão, não só a mãe... eu me sinto assim, eu fico assim no parto.... Ele te dá esta experiência vital assim, sabe, uma situação de vida assim muito, muito forte que é o momento do nascimento. (Clara, parteira)

Embora o protagonismo da mulher e do bebê sejam ressaltados, todos os participantes são ativos no parto domiciliar em análise: o pai, a(o) atendente e outras pessoas que podem também estar envolvidas no parto. Em alguns depoimentos foram freqüentes as alusões à presença de parentes como mães, sogras e pais e às vezes amigos.

O fato de que os participantes devem estar emocionalmente, afetivamente ligados entre si durante o parto é considerado de extrema importância. A condução adequada das emoções é considerada um dos elementos que torna possível aos integrantes do grupo acederem às dimensões “espirituais” do parto. O sentimento que brota dessa comunhão intensa experimentada pelo grupo, Clara denominou “numinoso” que segundo ela é “o brilho espiritual” do parto que surge quando “o físico e o emocional estão alinhados”. Essa sensação, as mulheres muitas vezes se referiram como um “transe” e outros parceiros e

também maridos relataram como “uma energia”, “uma alegria imensa”, “um impulso pra vida” e sempre como um sentimento mais ou menos duradouro.

Essa força espiritual, embora seja entendida como parte da natureza do parto - na qual a parturiente está envolvida de uma maneira intensa - depende do conforto emocional dos participantes e da qualidade acolhedora do ambiente:

“A mulher quando ela começa a sentir o mecanismo do parto com aquelas contrações ritmadas, as dores, ela começa a se voltar pra dentro dela própria e pro ambiente onde ela quer ter o filho... Então dentro dessa situação de forças concentradas, toda essa transcendência mental começa a se desenvolver e ela começa a ficar só contida naquela situação, né... Uma perda de espaço e de tempo, ela tá segura naquele espaço, mas ela não tá preocupada, entendeu? Ela tá ali inteira, ela não sabe que horas são, uma coisa difícil uma mulher na hora do parto pensar “que horas são?”, é uma coisa que ela vai... é extra-temporal, extra-espacial, a mente dela vai embora, entendeu? E nós estamos ali atendendo, nós arrumamos tudo ali pra ela, ela não tem preocupação, ela está no mundo dela ... E é nessa medida que a gente navega junto, que a gente também vai, que a gente começa a transcender junto.

Compreendo que se trata de um conjunto de pessoas que se concebem como complementares, todas sendo necessárias para compor o quadro do parto domiciliar. Pode-se pensar, junto com Maffesoli (1985:76), que o grupo composto de indivíduos “é uma espécie de núcleo químico, no qual nenhuma valência pode permanecer livre (...) ele se converte em uma figura única a um só tempo um todo e uma composição de relações que se exercem reciprocamente.” Segundo Maffesoli, essa espécie de “figura total” descreve a globalidade diferenciada que caracteriza a estruturação orgânica: “as figuras particulares se alternam, as combinações se fazem e desfazem, o passivo e o ativo são papéis que, cada qual por seu turno, os protagonistas assumem e, no interior de uma hierarquia que permanece rígida, a complementaridade é de praxe.”

É possível que haja uma ordem nesta organicidade diferencial – mas uma ordem incorporada e não imposta. O grupo funciona como estrutura flexível, mas empenhada em

manter a coesão grupal. Assim, é no e pelo coletivo que todos e cada um se expande, e esta expansão dá alento ao bem estar comum.

Clara, leitora de Carl Jung, certamente inspirou-se no termo utilizado por este autor para descrever este sentimento coletivo como “numinoso”. Conforme empregado por Jung (2000) em *A Natureza da Psique*, a *numinosidade* representa uma força arquetípica que descreve a aura de luz e calor que está ligada aos arquétipos quando eles se manifestam com força no ser humano, de modo que a beleza se liga ao numinoso. Para Jung, assim como para Clara, o termo beleza é mais do que simples beleza, é algo “numinoso” e até mesmo um “ideal religioso”. A beleza é então uma ponte para fazer a ligação do social com o espiritual/natural, e como força numinosa é uma realidade complementadora e compensatória que expressa junção de opostos, da natureza com a cultura, do homem com o cosmos.

3.9. Dos cheiros, dos líquidos e das substâncias vitais

O corpo feminino durante a gravidez está em estado de “florescimento”, considerado um estado extremado da condição feminina, no qual o seu corpo está mais “ativo” e “tudo vem pra fora”. A pele da gestante é um dos sinais que apontam essa característica. Ela pode ficar cheia de acne, por exemplo, porque seu fígado está trabalhando intensamente para liberar as toxinas do corpo. O parto é considerado a culminância deste processo e marcado pela “abertura” do corpo:

“Quando a mulher está parindo tudo quer sair do corpo dela, cera do ouvido, cocô, xixi, lágrima, tudo tá saindo, ela tá adubando, fica saindo muco, saindo membrana, líquido, cordão umbilical, nada entra, tudo sai”(Jonas, parteiro)

O sangue e a placenta, ao lado dos líquidos do parto tomam um lugar privilegiado, como substâncias vitais valorizadas, cujo tratamento deve ser também especial. Os cheiros

do parto são considerados os “cheiros da natureza”. Clara fala sobre o destino das substâncias vitais:

“A placenta por exemplo é um resíduo de vital importância, ela teve uma importância vital durante a gravidez, foi através dela que todos alimentos, tudo passou, né, ela fez um intercâmbio, né, entre a mãe e a criança. Então a placenta deve ser tratada com respeito, né, é um órgão que morre pra que um outro ser viva, né. É uma parte do corpo gestacional que não deve ser desprezado, jogado fora em qualquer lugar... Sabe, deve ser enterrada, é um pedaço da carne daquela mulher.”

O destino da placenta é a terra para todos os informantes. Ela é considerada altamente nutritiva para a terra, sendo que algumas pessoas plantam uma árvore no lugar em que ela foi enterrada, ou a plantam debaixo de um árvore que gostem. Como diz Clarice:

“Se planta no pé de um árvore, porque isso aí seria uma continuação. Quem é que vai continuar isso? A árvore, ela vai tirar através disso a sua seiva, a seiva vai alimentar a árvore. Quando tu enterra perto de uma árvore tu dá vida pra ela, tu dá uma continuidade.”

Clara complementa essa informação falando sobre o destino do sangue:

“Todos os outros resíduos devem ser cuidadosamente preservados, por exemplo, os panos que serão aproveitados, mas que estão sujos e que deverão ser lavados, eles primeiro são todos enxaguados em água limpa até sair todo o sangue e depois pega aquela água do sangue e joga no jardim, nas plantas, não se bota nada no lixeiro lá na frente, porque o sangue da mulher é sagrado, foi o sangue com que ela alimentou essa criança o tempo todo, o sangue do útero dela. Então eu trato tudo isso com o maior respeito, eu oriento dessa forma, e a gente não bota nada fora assim ao léu. Se queima aquilo que não vai ser aproveitado e o resto vai nutrir a terra, né, vai contribuir pra nutrir o planeta. É assim que se procede. No hospital não, né, no hospital vai tudo pro incinerador, é lixo, pra nós não é lixo, então os resíduos que não serão mais aproveitados a gente dá um destino pra eles de acordo. A gente vê dessa forma. Trata tudo com respeito...”

Desses relatos, é possível depreender que as substâncias vitais, entendidas como naturais, são também consideradas como detendo espiritualidade potencial. É desta maneira que podemos compreender o destino dessas substâncias, que *voltam pra terra*, enterradas ao fim do parto. Pode-se dizer que o enterro da placenta simboliza uma relação de reciprocidade entre os seres humanos e a natureza: a natureza (representada nesse caso pela terra) provê os alimentos que dão a energia vital para os humanos e recebe deles as

substâncias vitais do parto como “adubo”. Assim a placenta converte-se em símbolo mediador de uma relação de solidariedade entre o ser humano e seu meio. Nutrindo a árvore ele participa do processo de recriação permanente do cosmos. A importância da alimentação e dos cuidados com o corpo também informam sobre esta relação espiritualizada com a natureza.

Assim, percebo que o estudo do parto domiciliar, levando-se em conta seus aspectos cosmológicos, mostra que a noção de “parto natural” para estes grupos não está prioritariamente ligada à biologia e às descrições fisiológicas do parto - embora os processos fisiológicos sejam entendidos por esses grupos como “naturais” e muitos dos seus integrantes usem expressões e termos emprestados do jargão científico. Há uma redefinição do que seja a natureza – e os termos -, de modo que estes processos não se restringem a um nível estritamente biológico, mas são englobados por uma espécie de *cosmobiologia*, onde corpo e cosmos, natureza e sobrenatureza, se articulam de uma maneira surpreendente e complementar. Essa natureza espiritualizada é a verdadeira matriz da qual se nasce, de modo que tudo que envolve o parto torna-se especial, até mesmo sagrado. Ela é o lugar da vida e da morte.

3.10. Parto humanizado e parto domiciliar: fronteiras e diálogos

Finalizando este capítulo, volto a pensar nos atuais debates relativos às propostas de modificação nos ritos de parto e nascimento que foram cunhados a partir do processo de medicalização. Para isso, estabeleço algumas comparações entre o parto domiciliar e o parto humanizado, uma vez que ambos são formas contemporâneas de parturição que estão em diálogo entre si e com os ritos médicos. Examino, então, alguns detalhes da teoria da

modernização reflexiva, através da qual estive buscando compreender estes debates no capítulo 1.

Conforme formulada por Beck (1995) e Giddens (1995), a teoria da modernidade reflexiva sustenta que o questionamento e a resolução de problemas na modernidade tardia, ao envolver um alto grau de aquisição de conhecimento e de habilidades substanciais para lidar com o processamento crescente de informações especializadas, acabam por tornar possível a crítica sobre o próprio “sistema”. Segundo estes autores, a reflexividade envolve também a transformação dos sistemas de especialistas nas esferas públicas, na medida em que suas proposições estão abertas à crítica e à contestação. Os atores sociais apropriam-se, então, na vida cotidiana, destas verdades “proposicionais” do conhecimento especializado, dialogicamente debatidas.

Nesse sentido, considero algumas das características do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU ilustrativas. Penso que este grupo pode ser analisado não apenas como um local de difusão e consolidação das práticas de assistência humanizada ao parto mas, mais fundamentalmente, como um espaço de “reflexividade”, no qual as propostas institucionais da humanização estão sendo debatidas com o público “leigo”.

De acordo com a observação participante que realizei nos encontros do Grupo, considero que ele opera a partir de três estratégias principais: preparação “física”, preparação “psicológica” e uma terceira que chamarei de preparação “técnica”⁸⁰. A preparação física, realizada na fase inicial do encontro, envolve exercícios de preparação

⁸⁰ As duas primeiras denominações inspiram-se em categorias nativas e a última utilizo para dar conta de um conjunto de práticas voltadas para a capacitação dos participantes através do compartilhamento de conhecimentos provenientes da crítica médica.

para o parto (respiratórios, de relaxamento, de fortalecimento muscular, alongamentos e massagens) baseados na biodança, yoga e educação física.

Parte-se do suposto que quanto mais informações a mulher tiver a respeito das posições em que pode ficar durante o trabalho de parto e das técnicas respiratórias que pode utilizar, melhor ela poderá gerenciar seu próprio parto. Muito embora a preparação técnica seja fundamental, a mulher deve contar também com sua capacidade instintiva de parir. À semelhança do parto domiciliar, a idéia de uma sabedoria instintiva do corpo feminino parir é operativa dentro do grupo, donde o conhecimento “técnico” (dos profissionais) fica subordinado ao “instintivo” (das mulheres). Contudo está ausente a referência ao plano cosmológico da natureza. A ênfase recai sobretudo no indivíduo e na relação que este estabelece com o social, encarnado na equipe de atendimento. Como aparece nesta na fala de Beatriz, que coordena a preparação física das gestantes:

“Ninguém pode dizer pra vocês em que hora é pra vocês fazerem força, vocês é que vão saber. Cada mulher é que sabe quando fazer força, quanto tempo trancar a respiração. Só vocês vão saber... Vocês devem ficar atentas porque a instituição toda se apropria do parto. Eles [os membros da equipe] acham que são mais importantes se ficarem mandando a mulher fazer isso, aquilo... A mensagem básica é vocês estarem em contato com vocês mesmas. Não deixem ninguém mandar em vocês.”

A segunda parte dos encontros alterna propostas de preparação psicológica e técnica. A preparação psicológica, além de centrar-se em propostas de vivências e dramatizações que envolvem a expressão de sentimentos dos participantes, fundamenta-se na transmissão e debate dos estudos recentes de psicologia da gravidez sobre variados temas como depressão pós-parto, sexualidade durante a gravidez, a relação com o companheiro no parto, com o feto, etc. São estimuladas conversas com o bebê e a utilização de música “suave” durante a gestação (a chamada “música da barriga”) que poderá ser usada para acalmar o bebê depois de nascido, etc.

O que estou considerando como preparação “técnica” abrange as dimensões propriamente pedagógicas do grupo sobre os procedimentos médicos utilizados no parto e os debates que se articulam em torno das *Recomendações da OMS*. Através de pequenas palestras com a utilização de recursos audiovisuais e bonecos educativos, são ensinadas, dentre outras coisas, noções de fisiologia e de anatomia do parto, os sinais do início do trabalho de parto, quando ir para a maternidade, quais cuidados tomar no pós-parto, como dar banho e fazer a higiene do bebê, quais vacinas este deve tomar, etc.

Para os fins da análise que se segue concentro-me na preparação “técnica”, uma vez que ela, ao incluir discussões em torno dos procedimentos “inovadores” na assistência ao parto, põe em evidência, no contexto da modernidade reflexiva, algumas das relações que estão sendo estabelecidas entre especialistas e “leigos”, no diz que diz respeito à difusão do conhecimento “crítico” especializado. Vejamos estas falas:

Enfermeira: *“Vocês precisam se instrumentalizar para dizer sim ou não ao que estão oferecendo à vocês (...) o profissional que fica intervindo o tempo todo está dizendo que você não sabe parir. Vocês tem que prestar atenção ao recado que o profissional está dando pra vocês.”*

Gestante : *“O que elas tão falando pra gente é que é pra gente conversar com o profissional pra não tá induzindo, pra que seja o mais natural possível!”*

Gestante: *“Se elas quiserem por o soro em mim , eu posso dizer que não quero?”*

Enfermeira: *“ Pode, mas existem condições em que o soro é adequado, como no caso de bolsa rota, se a mulher ficar muitas horas sem contração...”*

Gestante: *“Tem maternidade onde querem que a gente fique só deitada?”*

Enfermeira: *“Algumas maternidades preferem que fique todo mundo deitado. Eles acham que a maternidade fica mais organizada assim! Mas você pode dizer que quer caminhar...”*

Pode-se dizer que as discussões propostas pelas coordenadoras, tomando como base as *Recomendações da OMS*, implicam num “filtro” contínuo das teorias especialistas, dos conceitos e achados da *medicina baseada em evidências* para a população “leiga”, e tem intuito de alertar os participantes do Grupo sobre os “perigos” - ou usando um termo eminentemente moderno, sobre os “riscos” - do excesso de intervencionismo médico.

Além disso, tanto a OMS quanto o Ministério da Saúde são apresentados ao grupo, fundamentalmente como “centros de autoridade” (Giddens,1995), para os quais convergem o conhecimento derivado da medicina baseada em *evidências científicas* e investigações epidemiológicas e estatísticas e, seus nomes são freqüentemente invocados para dar legitimidade à argumentação da humanização. Estas falas da enfermeira Glória são significativas:

“Na década de 80, a orientação que a gente recebia era de quebrar a clavícula dos bebês quando eles eram grandes demais e ficavam “entalados”. Se amarrava a perna da mulher da mulher e nem se pensava em mexer na perna, o profissional tinha que fazer tudo sozinho. Hoje, a Organização Mundial da Saúde recomenda que se movimente a mulher, muda-se a posição da mulher, o negócio é tornar ela participante no parto.”

“O Ministério da Saúde recomenda que não se deve fazer a rotura artificial das membranas, então quanto mais tempo ficar com a bolsa intacta melhor.”

Estas falas implicam, por um lado, na afirmação dialógica da responsabilidade entre especialistas e “leigos” na medida em que visam capacitar os participantes do grupo a “negociarem” com as equipes de atendimento dos hospitais a respeito dos procedimentos a serem realizados no parto. Por outro lado, percebo que mostram o quanto o parto “reflexivo” pode se tornar potencialmente conflituoso, na medida em que a reflexividade desenvolvida no grupo nem sempre encontra eco nas instituições onde o casal ou a mulher vão parir.

Apesar de eu não dispor de dados precisos sobre os partos das mulheres que participaram dos encontros do grupo, pelo que pude perceber e ouvir no “encontro pós-parto”, alguns meses depois do encerramento das atividades, os partos nem sempre transcorrem nos moldes propostos, ou seja, com baixo intervencionismo, de cócoras, com a presença do companheiro, etc. O transcurso dos partos pareceu depender das escolhas e

opiniões que os participantes desenvolveram ao longo dos encontros e do resultado das “negociações” que conseguiram empreender junto àqueles que os atenderam.

Contudo, se a participação do casal no Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU nem sempre redundava numa adesão ao ideário da humanização, pode-se dizer que a insegurança gerada a partir da percepção de que a atenção ao parto hospitalar envolve “riscos assistenciais” é enfrentada, principalmente pela clientela das camadas médias que freqüentam o Grupo, fundamentalmente por meio do uso dos sistemas de especialistas.⁸¹

Esta percepção vai de encontro às argumentações de Giddens (1995) e Beck (1995) sobre a modernização reflexiva, cujos pontos de vista enfatizam sobretudo os aspectos institucionais da reflexividade e a importância dos sistemas de especialistas como mediadores dessa reflexividade⁸². Contudo, a teoria da modernização reflexiva é ela mesma um debate entre autores e suas várias facetas iluminam aspectos variados da sociedade contemporânea. Nesse sentido, quando nos aproximamos dos grupos que vêm praticando o parto domiciliar em Florianópolis, o ponto de vista adotado por Beck e Giddens se mostra pouco frutífero e uma outra perspectiva da modernização reflexiva se faz necessária. Penso que as contribuições de Lash (1995) sobre a referida teoria são bastante instrutivas para pensar as práticas de parto domiciliar.

Enquanto as perspectivas desenvolvidas por Beck (1995) e Giddens (1995) supõem que a reflexividade é essencialmente cognitiva em sua natureza e tem um forte apelo institucional, segundo Lash (1995), na modernidade tardia, não apenas símbolos conceituais funcionam como condições estruturais de reflexividade, mas uma outra

⁸¹ Nesse sentido, considero que a humanização do parto cultiva o paradoxo que Salém (1987) apontou no movimento de “revisão do parto”: em favor da desmedicalização, o movimento engendra uma medicalização de segundo grau. Ou seja, a exigência de familiaridade com os procedimentos técnicos em nome da autodeterminação dos sujeitos, redundava num maior envolvimento com o paradigma médico.

⁸² Segundo Giddens (1995) modernidade tardia é marcada por uma intervenção crônica dos sistemas de especialistas nos aspectos mais íntimos e pessoais da vida cotidiana.

economia de símbolos mais próxima do modernismo nas artes também é possível e correria paralela à sua contrapartida conceitual e cognitiva. Esta outra organização semiótica seria caracterizada não por símbolos conceituais, mas miméticos e abre espaço não para a reflexividade cognitiva mas estética.⁸³

Isto se dá fundamentalmente nas interações sociais que estão acontecendo externamente às instituições. De acordo com Lash (1995), a modernidade tardia possibilita um desengajamento das competências afetivas, cognitivas e sociais das expectativas normativas das organizações e seu reengajamento em *grupos de afinidade de estilo de vida* envolvidos na criação de universos de significação comuns.

Estes grupos de afinidade de estilo de vida não seriam de forma nenhuma reflexivos, num primeiro momento, sobre as “proposições” de conjuntos de especialistas competitivos, mas lidam fundamentalmente com as bases semânticas que dão suporte aos relacionamentos. Assim, o autor argumenta que um outro tipo de verdade, nem “formular” nem “proposicional”, desempenha um papel importante no contexto da modernidade tardia. É o que ele chama de verdade hermenêutica ou “narrativa”. Esta verdade estaria relacionada com a “revelação mútua” no interior dos relacionamentos íntimos e envolvida na construção de um intenso intercâmbio semântico e comunicativo nesses relacionamentos. Ela seria também uma propriedade dos símbolos envolvidos na interação

⁸³ Não é minha intenção, neste momento, desenvolver em profundidade as origens e os desdobramentos filosóficos da teoria mimética. Cabe explicitar, contudo, que muitos filósofos, a partir de Aristóteles, frequentemente vão contrapor o mimético (como estético) ao conceitual (como teoria). A teoria da mimese – desenvolvida por Aristóteles na "Poética" – é uma teoria da poesia (arte) enquanto imitação. Para este filósofo, a distinção entre a narrativa histórica e a narrativa poética é que a primeira narra "aquilo que aconteceu", enquanto que a segunda narra "aquilo que poderia acontecer, segundo a verossimilhança e necessidade". Lash (1995) sugere que podemos fazer uma distinção, mais típica dos lingüistas, entre *semiose* e *mimese*. Na semiose, o significado é produzido em um modelo saussureano, por meio de diferenças, valências e identidades entre os elementos de uma língua. A mimese, ao contrário, significa “iconicamente”, por meio de semelhança.

(distanciada no espaço e no tempo) de filmes, poemas, romances, música popular e nos relacionamentos.

Assim, a argumentação de Lash (1995) ao desenvolver a idéia de reflexividade numa direção mais estética e hermenêutica, parece fazer sentido, na medida em nos aproximamos dos grupos que vêm revitalizando o parto doméstico em Florianópolis. Pode-se dizer que a reflexividade desenvolvida por estes grupos é fundamentalmente mimética e articula-se basicamente em torno da oposição entre “a casa” e “o hospital”, além de voltar-se constantemente para a importância da socialidade produzida no âmbito do parto doméstico. Assim Clara fala:

“A humanização do parto está relacionada com os lugares em que formalmente se dá a luz, como hospitais e casas de parto. No parto domiciliar, a humanização é intrínseca, em casa já é humanizado. É toda esta questão da preservação deste momento, que é um momento cheio de emoções, fisiológico também, mas é um momento bastante holístico! E este sentimento fica no seio familiar para toda a vida, ele estreita os laços familiares. Mesmo que este casal não venha a estar junto pra sempre, o parto é um momento de aprofundamento das relações. E se tu for ver, tu nunca humaniza parede de hospital, luz de hospital, procedimento de monitoração...”

Isso não impede, contudo, que se faça uso do sistema de conhecimento científico, de modo que não raro aparecem nas falas dos informantes referências a termos e noções desenvolvidas pela medicina.⁸⁴ Desta forma, os materiais que compõem a base semântica dos praticantes de parto domiciliar, enquanto *grupo de afinidade de estilo de vida*, nutre-se de elementos dos sistemas abstratos, mas também de imagens, narrativas e mitos provenientes de outros sistemas culturais e também da cultura popular.

Assim, quando os praticantes lançam mão de idéias provenientes de estudos e pesquisas realizados pela “vertente biomédica” da humanização do parto, apropriam-se dessas idéias, interpretando-as segundo uma lógica própria, menos baseada na

⁸⁴ Vale lembrar que nesse universo encontram-se pessoas que, embora não sendo obstetras exercem a profissão de médicos. Além disso, os praticantes de parto domiciliar não estão imunes à reflexividade institucional, uma vez que esta é constantemente veiculada nos meios de comunicação, principalmente através de reportagens ou mesmo propagandas na mídia impressa e televisiva.

argumentação conceitual da ciência e articulando-as com dimensões espirituais, míticas e estéticas, como aparece no depoimento do parteiro Carlos:

“É interessante que quando a gente entra no mundo, na vida física, a primeira atitude que se tem é a inspiração. A respiração é o primeiro ato de entrada na vida física, e o último também, porque quando o espírito te deixa você exala... No caso do nascimento, o primeiro choque é quando cortam o cordão umbilical muito antes da hora, porque o bebê tá ali respirando na mãe, e se você estiver com um médico normal, a primeira coisa é cortar o cordão umbilical, e segundo os partos humanizados não se deve cortar, deve esperar o bebê ir respirando sozinho. É quando ele vai sentindo segurança interna, respirando por ele mesmo e tal... Na hora que ele toma o primeiro alento, o cordão por si só pára de pulsar... Com a consciência que o renascimento me deu, eu quis facilitar não só o nascimento mas a concepção do espírito no corpo, sabe... e isso é você perceber, literalmente, que a essência daquele ser está se fundindo na matéria. E aí é fascinante, é de chorar sabe...”

Desta forma, enquanto a preparação para o parto do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU está, em larga medida, voltada para a construção daquilo que Giddens (1995) chamou de confiança “ativa” nos sistemas de especialistas, no parto domiciliar o investimento mais imediato dos praticantes está na criação de uma base semântica que está em relação com as categorias de gosto e com as significações compartilhadas.

Os “encontros preparatórios” para o parto domiciliar voltam-se para obtenção rotineira da significação através de práticas e obrigações compartilhadas.⁸⁵ Como grupos de estilo de vida semanticamente intensos não estão voltados para o engajamento “ativo” em sistemas abstratos provenientes da crítica médica nem para “reformas” do sistema médico, mas fundamentalmente para o desenvolvimento de suas próprias técnicas e do estilo “doméstico” de partejar.

Noto também que no Grupo de gestantes, preparação e parto são momentos que se definem separadamente, envolvendo diferentes atores e diferentes relações. No grupo predominam as relações dos casais com uma equipe de profissionais que vai se tornando

⁸⁵ Mesmo quando os atendentes de parto oferecem seus serviços “gratuitamente”, como é o caso de Clara, o parto é permeado por relações de reciprocidade. Ao fim do parto, ou mesmo um tempo depois, a parteira é presenteada pelo casal ou pela mulher a quem prestou atendimento.

conhecida ao longo dos encontros; no momento do parto, o casal vai se deparar muitas vezes com profissionais desconhecidos, ou que sendo conhecidos, nem sempre compartilham dos valores difundidos no grupo. Enquanto que no parto domiciliar florianopolitano, o que parece estar imediatamente evidenciado é o desenvolvimento de uma prática coletiva comum e a dramatização de relações de poder entre aquele que presta atendimento e a parturiente e/ou sua família fica muito mais diluída.

Vale assinalar que a teoria da reflexividade de Lash está fortemente inspirada na dialética do esclarecimento de Adorno (1985), que vê a possibilidade da crítica e da negação determinada precisamente na dimensão estética. Adorno (1985) também recorre às noções do mimético em sua idéia de uma estética crítica. Em contraposição à tradição iluminista, na qual a crítica é referida ao particular pelo universal, a possibilidade aberta por Adorno é a de uma crítica persistente *do* universal e *da* totalidade *pelo* particular.

Para o autor, se a reflexão conceitual kantiana e cartesiana envolve um alto grau de mediação abstrata, a reflexão estética envolve uma mediação “proximativa”, não final. Este outro tipo de reflexividade, não cognitiva mas estética – em parte captada pela noção de *ética da estética* de Maffesoli (1999) – é fundamentalmente mimética e tem se transformado em uma base para uma nova ética, ao mesmo tempo situada e contingente.

Embora eu enfatize a presença da reflexividade estética no parto domiciliar, não significa que ela não seja um elemento presente no contexto institucional, nem que a reflexividade cognitiva não se faça presente no contexto domiciliar. Ambos os tipos de reflexividade certamente coexistem nos dois contextos, contudo, acredito que cada um desses universos atue privilegiando uma dessas formas. Considero que o parto humanizado e o parto domiciliar contemporâneo atuam como universos em diálogo, constituindo-se

mutuamente – pois o diálogo, muito pelo contrário de dissolver as alteridades, as constitui – sendo que nem um nem outro formam um todo a parte.

Além disso, percebo que de um lado, a reflexão crítica da biomedicina difunde-se para o público “leigo”, atingindo também os praticantes de parto domiciliar. De outro, o “mundo doméstico” parece invadir cada vez mais o “mundo da clínica”, na medida em que há uma valorização do apoio emocional, a inclusão de membros da família no parto, além de propostas de propostas de “remodelação” do espaço hospitalar.

As “salas de parto selvagem” de Michel Odent já sinalizavam esta mudança no ambiente. Atualmente, a proposta do Manual de Parto Humanizado⁸⁶ pretende unificar as salas de pré-parto com as salas de parto e de pós-parto, comumente separadas nas maternidades, de modo que todo o processo parturitivo aconteça num mesmo lugar, sem a necessidade de ficar transferindo a parturiente. Segundo o referido Manual:

“ Este tipo de ambiente, está sendo chamado de sala PPP (pré-parto; parto; pós-parto), sobre o qual o Ministério da Saúde já está elaborando uma norma oficial. O sala PPP necessitará de planejamento para que o processo fisiológico do parto possa evoluir na mais absoluta normalidade, num ambiente familiar, longe daquele aspecto de uma sala cirúrgica. A cliente fica mais descontraída, observando que o ambiente é bem mais parecido com a sua casa. Percebe que a cama não lembra a do hospital, e que pode

⁸⁶ Este Manual, produzido pela JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão), visa a divulgação da “filosofia” do parto humanizado no Brasil. Esta agência é responsável pela implementação de programas e projetos de cooperação técnica do governo japonês com países em desenvolvimento. Em 1994, a JICA começou a realizar projetos no Brasil, e em parceria com o Governo do Estado do Ceará, desenvolveu o Projeto Luz que visava recuperar o trabalho pioneiro de Galba de Araújo. Atualmente, o projeto abrange a capacitação de enfermeiras obstétricas brasileiras, que realizam cursos sobre humanização do parto e do nascimento em casas de parto e hospitais do Japão. O Manual de Parto Humanizado contém as Recomendações da OMS sobre os procedimentos mais adequados para o parto normal, além de sugestões para o atendimento humanizado, como a modificação das salas de parto, o trato com a paciente, etc., e está disponível no site: <http://www.meac.ufc.br/public/partohum/partohum.htm>, acessado em 12/08/2004

beber água, movimentar-se e mudar de posição várias vezes durante o trabalho de parto.”

A criação de “casas” de parto que procuram se assemelhar a um domicílio é também uma evidência da interpenetração na clínica dos valores do mundo doméstico como proximidade, conforto, privacidade, familiaridade e afetividade. Em uma casa de parto em Niterói, que visitei alguns anos atrás, chamada *Nove Luas, Lua Nova*, todo o ambiente estava arrumado de modo a ressaltar seus aspectos domésticos. As “salas de parto” estavam arranjadas nos quartos da casa, com camas de casal de madeira, quadros nas paredes, cadeiras, cômodas e almofadas. Clínicas particulares têm também aderido a proposta de tornar a clínica “mais doméstica”, como conta a parteira Clara:

“Outro dia uma mulher foi ganhar neném na clínica São Patrick, não foi com o Dr. X, foi com uma outra obstetra que tem lá, e ela me disse: ‘Clara, eu vou levar tudo pra dentro da clínica, minha cadeira minhas almofadas’. Então tu vê né, o que ela vai fazer lá dentro da sala da clínica? Ela vai reproduzir o ambiente familiar dela, ela quer se sentir em casa. E se realmente ela conseguir reproduzir ela não vai ter problema espacial nenhum, ela vai voar no espaço, ela olha pros lados, ela não tem que ficar se adaptando...”

Quanto à participação dos praticantes de parto domiciliar como “ativistas” no movimento de humanização do parto, percebo que esta pode se dar em vários níveis de engajamento. Em algumas cidades brasileiras, como Porto Alegre e Rio de Janeiro alguns médicos ativistas da humanização têm realizado partos domiciliares. Em Florianópolis, com exceção da parteira Ana, que declarou-se “ativista ferrenha” do movimento de parto “natural” nos Estados Unidos, os praticantes de parto domiciliar que fizeram parte da pesquisa atuam mais como “simpatizantes” da causa da humanização do que como “ativistas”.

Através das entrevistas, percebi que o diálogo estabelecido com o movimento é de um tipo fluído, funcionando numa espécie de rede frouxa, que se adensa em alguns pontos.

Os encontros, congressos e seminários organizados pelos “ativistas” são vividos como momentos de troca de experiências e de acesso a informações, e podem ser vistos como estes pontos ou nódulos onde o diálogo é mais intenso.

O próprio Núcleo de Pesquisas sobre Parto e Nascimento (NIPPN) do qual participei e que contava com a presença de praticantes da humanização do parto e de praticantes de parto domiciliar (embora estes últimos fossem em número mais reduzido) pode ser visto como um destes espaços de comunicação entre os dois grupos.

Contudo, apesar da participação periférica no movimento, não significa que a prática de parto domiciliar não seja uma prática política. Trata-se, nestes casos, de micropolíticas que ocorrem não mediante organização institucional, mas mediante a força das significações e dos hábitos compartilhados. Isto porque, em oposição a uma “lógica da consciência” é uma “lógica da prática” que ali predomina, na qual o objeto da luta não é a ideologia, que em si é limitada por regras, normativamente estruturada e discursivamente articulada, são os *hábitos*, que são as bases ontológicas da ideologia.⁸⁷ E é a informalidade que aparece como credo político, como valor social e estético.

Assim, considero que o parto domiciliar contemporâneo é também formador dos movimentos sociais atuais. Estruturado em torno de *grupos de afinidade de estilo de vida*, sua confiança “ativa” é baseada em uma ética do *cuidado* e na criação de mundos de intenso intercâmbio semântico. Embora esta seja uma característica forte do parto domiciliar, não lhe é exclusiva. As descrições de Tornquist (2005) sobre o movimento de

⁸⁷Estou me referindo à concepção de *habitus* de Bourdieu (1994), entendendo-o como um sistema de disposições duráveis que funcionam como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações, que podem ser “reguladas” e “regulares” sem serem o produto de obediência a regras. Trata-se de um sistema subjetivo, mas não individual, de estruturas interiorizadas, esquemas de percepção, de concepção e de ação, os quais constituem a condição de toda objetivação e de toda percepção.

humanização do parto no Brasil, bem como minha observação do Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do HU, levam-me a compreender que os proponentes da humanização do parto (principalmente os profissionais da assistência) podem ser eles mesmos vistos como nexos de intenso intercâmbio semântico. Além disso, e lembrando as colocações de Tornquist, os profissionais da assistência vinculam seu pertencimento ao movimento em função de suas experiências pessoais, ligadas aos próprios partos e/ou nascimentos dos filhos. “Humanizar o parto” é, então uma idéia que vai além da inserção profissional e abarca a dimensão existencial destes sujeitos.

Contudo, pode-se dizer que no âmbito institucional da humanização, as relações de confiança entre prestadores de serviço e público “leigo” estão mais sujeitas à rotinização na medida em que as relações sociais tornam-se mais abstratas na transição do grupo de afinidade para o movimento social e deste para a organização formal e institucional.

Em cada passo ascendente nesta hierarquia, a confiança torna-se mais mediada, mais abstrata e cada vez mais circunscrita por regras. O investimento emocional e afetivo envolvido na confiança se reduz à medida que a ética se torna cada vez menos ligada ao afeto e cada vez mais ancorada na razão. Desta forma, quando preceitos como os do pai participante e do parto de cócoras, que fazem sentido para o *casal grávido* são implementados nos hospitais humanizados (ou “humanizadores”), estes preceitos tornam-se rotinas institucionais e podem ter conseqüências bastante normatizadoras.

Desta forma, penso que o parto doméstico opõe-se ao parto humanizado da mesma forma que a lógica do doméstico opõe-se à lógica do político. Como assinala Maffesoli (1999), esta última coloca *a priori* relações sociais mais amplas, de uma moral universal, aplicável em todos os lugares e em todos os tempos, aquela, ao contrário procede por progressividade: há de início, o círculo restrito, as éticas particulares, os pequenos

agrupamentos e em seguida os processos de atração e repulsão que ligam estes pequenos grupos a outros grupos.

Enquanto os ativistas da humanização da assistência lutam em prol dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais buscando mudanças em grandes proporções no âmbito político, o que tende a prevalecer entre os praticantes de parto domiciliar é do âmbito das pequenas histórias locais, de sua intensidade e efervescência. Como coloca Maffesoli (1999), trata-se de viver em tom menor, como nas formas efervescentes das grandes utopias em maiúsculo, uma multiplicidade de pequenas utopias intersticiais.

NOTAS CONCLUSIVAS

Conforme apresentei no primeiro capítulo, o “parto natural” fez sua primeira aparição na história da parturição ocidental, a partir da proposta de reeducação física e psíquica das gestantes, apregoada pelo *Parto sem Dor* nos anos 50, que tomava os povos “primitivos” como modelo de referencia para o parto. Penso que essa proposta pode ser tomada como marco de referência da reflexividade institucional no campo da parturição, instaurando um debate acerca dos ritos de nascimento e parto que se estende até os dias atuais.

As críticas à modernização do parto tecidas de modo inaugural por este método vieram a ganhar fôlego na geração de 60, embaladas por obstetras e movimentos sociais que eclodiram no período, como os feministas, ecologistas e pacifistas. Na efervescência do período contracultural, o obstetra Frederick Leboyer vai buscar sua inspiração no Oriente e sugerir que se traga o bebê ao mundo “sem violência”. E Michel Odent, desenvolvendo esta idéia, vai sugerir que a mulher seja “ativa” no parto, levantando-se das camas hospitalares. Odent enfatiza o papel dos “instintos” no parto, associando, desta vez, o “parto natural” ao parto dos animais. Nos anos 70, com Moysés Paciornik, o “parto natural” ganha ares “indígenas”, de cócoras desta vez, como os *kaingang*.

Esta breve retomada de alguns temas desenvolvidos no primeiro capítulo, ainda que demasiadamente linear, mapeia algumas trajetórias da categoria “parto natural” e sua associação com outras categorias como “instinto”, “selvagem”, “índio” e “animal”. Estudos antropológicos como os de Salém (1987 e 1991) procuram demonstrar que estas concepções estiveram ligadas à ideologia individualista libertária, típica dos movimentos sociais contraculturais. A autora também ressalta as contradições inerentes a essas

propostas “vanguardistas” que, no intuito de “desmedicalizar” o parto, acabam por propor uma “nova medicalização”. Além disso, seu estudo a respeito da incorporação da ideologia individualista libertária no campo da parturição salienta a progressiva valorização da psicogenicidade, principalmente a partir do encontro destas propostas com as teorias psicanalíticas e psicológicas. Assim, nos anos 80, foi a vez do pai se tornar participante do parto. No Brasil, os casais que abraçaram esta proposta intitularam-se “grávidos”, preparados para “parir naturalmente” nos cursos de gestantes e casais que proliferaram nesse período, sob a coordenação de psicólogos, obstetras e terapeutas corporais.

Salém (1987) afirma que as “inovações” propostas por estas correntes obstétricas mantêm inalterada a coluna vertebral da modernidade, a saber: o estabelecimento do indivíduo como uma entidade social autônoma e como um valor. Assim, a modernidade à qual Salém se refere não valoriza apenas aquilo que é “novo” ou “inovador”, mas diz respeito à institucionalização do indivíduo como valor englobante, um valor postulado como sendo maior do que a própria sociedade da qual ele faz parte.

De meados dos anos 80 aos anos 90, organizações internacionais de saúde e desenvolvimento passaram a apoiar algumas das propostas defendidas por estes grupos, baseando-se firmemente em “evidências científicas” que desde aqueles anos vêm depondo à favor do baixo intervencionismo no parto. Os anos 90, por sua vez, marcam o surgimento da humanização do parto que, conforme Tornquist (2004), veio a englobar as propostas anteriores.

O estudo que realizei junto aos praticantes de parto domiciliar em Florianópolis traz novas vozes para este debate social e acadêmico. Seguindo a senda aberta por de Salém (1987) e abordando o parto domiciliar em termos de um desdobramento da ideologia

contracultural, encontrei-me diante de reelaborações peculiares das idéias “mestras” propaladas pelas “vanguardas obstétricas”.

A perspectiva crítica da medicalização do parto presente nos movimentos libertários contraculturais é retomada de maneira própria pelos praticantes de parto domiciliar. Um dos pontos suscitados por meu estudo exploratório, e que merece investimentos futuros, diz respeito à inclusão de uma dimensão de transcendência nos discurso e nas práticas referentes ao parto domiciliar. A noção de “autonomia” cultivada por estes grupos não fica restrita ao gerenciamento racional da própria vida, uma vez que insere-se numa ordem cósmica superior que relativiza o imperativo da vontade e da autodeterminação dos sujeitos. A meu ver, isso representa um ponto de tensão com a concepção moderna de indivíduo enquanto mestre de si e de sua vontade.

Penso que esta particularidade pode estender-se para além do quadro limitado de uma configuração individualista psicologizante ou mesmo libertária. Esta perspectiva mais aberta acontece sobretudo através dos cruzamentos que estes indivíduos realizam da “bagagem” crítica das vanguardas obstétricas com outras esferas culturais, sobretudo com as novas formas de religiosidade e de vivência terapêutica, que chamei, baseando me em Maluf (1996), de “novas espiritualidades”.⁸⁸

Estudos antropológicos como os de Maluf (1996) e Magnani (1999) ressaltam que um dos fatores de demarcação das novas espiritualidades é uma visão “holística” do homem e da natureza. Contudo, como sublinha Maluf (1996), se nos movimentos

⁸⁸ Vale lembrar que o próprio contexto de emergência das novas espiritualidades pode ser referido aos anos 60 e à intensificação dos processos de sincretismo religioso e terapêutico entre religiões e medicinas orientais (principalmente indianas, chinesas e japonesas) e as ocidentais. Alguns autores como Carozzi (1999) referem-se a esta dinâmica de empréstimos e cruzamentos religiosos como a ala religiosa do movimento contracultural.

contraculturais e alternativos dos anos 60 e 70 a “natureza” era objeto de culto, durante os anos 90 ela passa a representar a própria espiritualidade. Meu trabalho de campo junto aos praticantes de parto domiciliar leva-me de encontro a estas afirmações.

Percebo também que a “simpatia” que os praticantes de parto domiciliar nutrem com o ambiente natural reforça sua “empatia” com o ambiente comunitário: a percepção de uma harmonia e/ou equilíbrio entre os vários elementos do cosmos são traduzidas para o mundo humano como relações afetivas que privilegiam o conforto emocional dos indivíduos. O tipo de conhecimento produzido por estas redes de atores sociais que vêm revitalizando o parto domiciliar em Florianópolis vai privilegiar o sensível, as emoções, as imagens e os afetos. Este tipo de conhecimento é profundamente mimético e concede destaque à aprendizagem através da experiência.

Sua insistência no “passado” – melhor talvez dizer: num princípio - através da busca pelo “natural”, pelo “rústico”, pelo “simples”, pelo “caipira”, pelo “selvagem”, e em suma, pelos “bons e velhos tempos” merece atenção na medida que põe em cena hábitos, práticas sociais e mitos coletivos essencialmente miméticos e plurais. Trata-se de ir ao “passado” não para fixar-se aí de maneira estática, mas para dinamizar o presente.

A “saúde” torna-se fundamental para estes grupos enquanto pré-requisito para o viver e inclui tanto o prazer quanto a dor, o dinamismo, o alumbramento, o cultivo da vida espiritual e da beleza; e o corpo aparece como um veículo complexo na instituição de uma vontade de potência que assegura ao mesmo tempo a busca da individualidade e um certo compromisso com o social. Assim, os atores sociais envolvidos neste tipo de parto parecem estar menos interessados em apregoar a “liberação” dos indivíduos do que em afirmar sua potencialidade e interdependência.

Considero, então, que o fato de o “parto natural” ter sido assumido como “projeto” por alguns segmentos das camadas médias, como apontam os referidos estudos de Salém e Tornquist, não deve nos enganar a respeito do caráter polissêmico e das diferentes concepções que podem estar relacionadas com esta categoria em diferentes contextos. Assim, se algumas décadas atrás o “parto natural” no Brasil foi apanágio de esquerdistas, ecologistas e pacifistas de camadas médias intelectualizadas (Tornquist, 2004) e psicologizadas e/ou psicanalizadas (Salém, 1987), embalados por ideologias de mudança social ou ruptura ou de esquerda alternativa, hoje ele se difundiu para um parte mais ampla do corpo social, notadamente entre os adeptos das novas cosmologias espirituais.

Assim, o “alternativismo” comumente associado ao parto domiciliar (como coisa de hippies ou de esquerda alternativa) é pouco significativo no discurso dos praticantes. A idéia de ruptura com certos padrões e convenções sociais, quando presente no discurso nativo, inscreve-se nas narrativas autobiográficas associadas com os processos de mudança pessoal, de transformação de si e de reorganização de hábitos, concomitante à construção de um modo de vida considerado mais saudável. E essa idéia de transformação permanente de si é menos uma recusa do mundo do que uma recriação permanente dele.

A concepção do nascimento como uma “marca” que o indivíduo recebe do mundo social também merece investimentos futuros, uma vez que aciona não apenas uma maneira específica de praticar o parto, mas põe em evidência noções acerca do que são o mundo social, o indivíduo e as relações entre ambos.

Acredito que tanto o parto humanizado quanto o parto domiciliar podem ser vistos como desdobramentos paralelos do ideário contracultural. No entanto, enquanto o primeiro caminhou na direção de uma institucionalização e científicização deste ideário, o segundo

voltou-se cada vez mais para a informalidade nas relações sociais e para uma ética cotidiana da prática vinculada com uma valorização da espiritualidade.

Assim, a volta da “casa” como lugar de nascimento evoca menos um resgate do passado e mais fundamentalmente uma valorização do “doméstico” como ambiente social e modo de sociabilidade. Os gostos partilhados por estes atores sociais tornam-se vetores de uma ética que parece estar na base de tudo e abrem a possibilidade de articular arte e vida cotidiana.

Nesse sentido, Maffesoli (1999) fala de uma *barroquização da experiência* no mundo contemporâneo, na qual o barroco deve ser entendido não como um conjunto artístico bem delimitado, mas como um tipo de sensibilidade que vai privilegiar o ambiente, a afetividade, a dimensão sensível como fator de conhecimento, a vivência coletiva e a dedicação a parar o tempo a fim de gozar as múltiplas pequenas ocasiões ou ocorrências sociais e pessoais.

BIBLIOGRAFIA

- ADORNO, Theodor W.; HORKHEIMER, Max. *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 1985.
- ALMEIDA, Maria Isabel Mendes. “A ‘nova maternidade’: uma ilustração das ambigüidades do processo de modernização da família.” In: FIGUEIRA, S. (ed.) *Uma nova família?* Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- AMARAL, Leila. “Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar com o Sagrado”. In: CAROZZI, M. J. (org.). *A Nova Era no Mercosul*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. pp.47- 79.
- ARIÉS, Philippe. *História Social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981 (1973).
- BASTOS, Rafael José de Menezes; RIAL, Carmen. “Entrevista com Eduardo Viveiros d e Castro”. *Revista Ilha*, v.04, n. 02. Florianópolis: UFSC/PPGAS, 2002.
- BASTOS, Rafael José de Menezes. *A Festa da Jaguatirica: Uma Partitura Crítico-Interpretativa*. (Tese de Doutorado) Faculdade de Letras, Filosofia e Ciências Humanas, USP, 1990
- BECK, Ulrich. “A Reinvenção da Política: Rumo a uma teoria da modernização reflexiva.” In: GIDDENS, Antony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização Reflexiva: Política, tradição e estética na ordem social moderna*. FEU : São Paulo, 1995.
- BELAUNDE, Elvira.(s/d) *Yo solita haciendo fuerza*. (Paper s/d – relatos de índias piro sobre seus partos.)
- BELAUNDE, Elvira. “The Convivial Self and the Fear of Anger amongst the Airo-Pai of Amazonian Peru”. In: OVERING, Joanna; PASSES, Alan. *The anthropology of love and anger : the aesthetics of conviviality in Native Amazonia*. New York: Routledge, 2000.
- BENJAMIN, Walter. “A Obra de Arte no Tempo de suas Técnicas de Reprodução”. In: *Sociologia da Arte*, IV, G. Velho, org., Rio de Janeiro: Zahar, pp. 15-47. 1969 (1936).
- BOURDIEU, Pierre. “Esboço de uma teoria da prática”. In: ORITZ,R.(org.) *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Ática, 1994.
- BRENES, Anayansi Correa. “História da Parturição no Brasil no século XIX”. *Cadernos de Saúde Pública*, v.07, n.02, abr/jun., 1991. pp.135 – 149,
- CABRAL, Oswaldo. *Medicina, médicos e charlatões do passado*. SC. Arquivos Catarinenses de Medicina: Editora Cultural, 1997.

- CAPRARA, A. “Médico ferido: Omulu nos labirintos da doença..” In: ALVES,P.C.; RABELO, M.C (eds.) *Antropologia da saúde: traçando identidade, explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.
- CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. *Os mortos e os outros*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1978.
- CAROZZI, Maria Júlia. “Introdução”. In: CAROZZI, M. J. (org.). *A Nova Era no Mercosul*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. pp. 8-26.
- CSORDAS, Thomas. J. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000
- DAMATTA, Roberto. *Relativizando: Uma Introdução à Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.
- DAMATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues”. In: *Publicações do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional*, 1974.
- DAMATTA, Roberto. *Carnavais Malandros e Heróis: Para uma Sociologia do Dilema Brasileiro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997
- DAMATTA, Roberto. “Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade”. *Mana*, vol.6, no.1, abr. 2000. pp.7-29.
- DAVIS-FLOYD, Robbie.. *Birth as an american rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- DEL PRIORE, M.. *Ao Sul do Corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993
- DINIZ, Carmen Simone. *Assistência ao parto e relações de gênero : elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1997 .
- DINIZ, Carmen Simone. *Entre a técnica e os Direitos Humanos – limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1966.
- DUARTE, Luis Fernando Dias. “Introdução”. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001(1998).

- DURHAM, Eunice. *A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas*. In: *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*, 2 ed., São Paulo : Paz e Terra, 1988.
- DUMONT, Louis. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000
- DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 1997.
- DURKHEIM, Emile. *As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália*. São Paulo: M. Fontes, 1996.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. *Witches, midwives and nurses: a history of women healers*. Londres: Compendium, 1974.
- EVANS-PRITCHARD, Eduard E. “Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo”. In: *Bruxaria Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- FANTIN, Márcia. *Cidade Dividida*. Florianópolis: Cidade Futura, 2000.
- FAVRET-SAADA, Jenne. *Les Mots, La Mort, Les Sorts*. Paris: Gallimard, 1977.
- FERNANDEZ, Betânia M. “Representações femininas do parto normal e da cesárea”. In: BRANDÃO, Eliane (org) *Saúde, direitos reprodutivos e cidadania*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2000. pp.9-26,
- FERREIRA, Maria. “Parteiras tradicionais: Visibilidade e Invisibilidade de um trabalho Milenar”. In: ALVARES, M.A ; SANTOS E.; D’INCAO, M.A (orgs) *Mulher e modernidade na Amazônia*. Belém: CEJUP/GPEM, 1997.
- FERREIRA, Jaqueline. “Cuidados do corpo em Vilas de classe popular”. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- FIGUEIRA, Sérvulo. (org) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- FIGUEIRA, Sérvulo. *Uma nova família?*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- FONSECA Cláudia. *Anatomia de uma Maternidade: pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes num quadro hospitalar*. Relatório inédito, 1991.
- FOUCAULT, Michel. “O nascimento da medicina social”. In: MACHADO, Roberto (ed.) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. pp. 79-98,
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento do hospital*. In: MACHADO, Roberto (ed.) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.pp.99-111.

- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003
- FRANCHETTO, Bruna.; HEILBORN, Maria.Luiza.; CAVALCANTI, Maria.Laura. “Antropologia e feminismo.” In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, pp. 211-233, 1981.
- GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- GIDDENS, Anthony. “A vida em uma sociedade pós-tradicional.” In: GIDDENS, Antony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização Reflexiva: Política, tradição e estética na ordem social moderna*. FEU : São Paulo, 1995.
- GIDDENS, Anthony. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo : UNESP, 1991.
- GOW, Peter. “Helpless – the affective preconditions of Piro social life.” In: OVERING, Joanna; PASSES, Alan,. *The anthropology of love and anger : the aesthetics of conviviality in Native Amazonia*. New York: Routledge, 2000.
- GROSSI, Mirian Pillar (org.). *Trabalho de campo e Subjetividade*. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1992.
- HARVEY, David. *A condição pós-moderna : uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Edições Loyola,1993.
- HOTIMSKY, Sonia. *Parto e Nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: Uma Abordagem antropológica*.. São Paulo, 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –Universidade de São Paulo.
- HOTIMSKY, Sônia; ALVARENGA, Augusta. “A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?” *Revista de Estudos Feministas*, vol.10, n.02, 2002.
- JORDAN, Brigitte. *Birth in Four Culrures – crosscultural investigation of childbirth in Yuacatan, Holland, Sweden and United States*. Illinois: Waveland Press, 1993 (1983).
- JORDAN, Brigitte. “The Hut and the Hospital: Information, Power and Symbolism in the Artifacts of Birth”. *Birth*, 1997; 14 (1): 36-40.
- LASH, Scott. “A Reflexividade e seus Duplos: estrutura, estética, comunidade”. In: GIDDENS, Antony; BECK, Ulrich; LASH, Scott. *Modernização Reflexiva: Política, tradição e estética na ordem social moderna*. FEU : São Paulo, 1995.

- LATOURE, Bruno. *Jamais fomos modernos*. São Paulo: Editora 34, 1994.
- LEACH, Edmund Ronald. “Introdução.” In: *Sistemas Políticos da Alta Birmânia: um estudo da estrutura social Kachin*. São Paulo: EDUSP, 1996
- LENOBLE, Robert. *História da Idéia de Natureza*. Lisboa: Edições 70, 1990.
- LÈVI-STRAUSS, Claude. “O Campo da Antropologia”. In: *Antropologia Estrutural II*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1976 (1973), pp. 11-40
- LYOTARD, Jean-François. *A condição pós-moderna*. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002
- JUNG, C. G. (Carl Gustav). *A natureza da psique*. 5. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2000.
- LAGROU, Elsje Maria. *Caminhos, Duplos e Corpos: Uma abordagem perspectivista da identidade e alteridade entre kaxinawa*. Tese (Doutorado em Antropologia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. USP, 1998.
- LIMA, Tânia, S. *A vida social entre os Yudja (índios Juruna) : elementos de sua ética alimentar*. Rio de Janeiro : UFRJ, 1986. 173 p. (Dissertação de Mestrado)
- LO BIANCO, A. C. “A psicologização do feto”. In: FIGUEIRA, S. (org.) *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- MACCALLUM, Cecilia. *Parto como violência em Salvador: perspectivas antropológicas*. (s/d)
- MAFFESOLI, Michel. *No Fundo das Aparências*. Petrópolis: Vozes, 1999
- MAFFESOLI, Michel. *A Transfiguração do Político: tribalização do mundo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 1997.
- MAFFESOLI, Michel. *A sombra de Dioniso: contribuição para uma sociologia da orgia*. Rio de Janeiro: Graaal, 1985.
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. “O circuito Neo-Esotérico na cidade de São Paulo”. In: *A Nova Era no Mercosul*. CAROZZI, Maria Julia (org.). Rio de Janeiro: Vozes, 1999. pp.27- 42
- MAGNANI, José Guilherme Cantor. *O Brasil da Nova Era*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- MALUF, Sônia Weidner. *Encontros Noturnos: bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- MALUF, Sônia. *Les enfants du verseau au pays des terreiros: les cultures thérapeutiques et spirituelles alternatives au sud du Brésil*. Tese (Doutorado em Antropologia) – École

- des Hautes études en anthropologie sociale. Paris, 1996.
- MALUF, Sônia Weidner *Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas*. Revista Esboços, UFSC, 2002.
- MALUF, Sônia Weidner. *Os filhos de aquário no país dos terreiros: novas vivências espirituais no sul do Brasil*. In: Revista de Ciências Sociais y Religion, n.05, ano 5, outubro, 2003.
- MALUF, Sônia. *A pessoa e o mundo: as cosmologias neo-espirituais no sul do Brasil*. Trabalho apresentado na Jornada: A Psicanálise na Virada do Século: situação, perspectivas e desafios. Florianópolis, dez., 1999.
- MARTINS, Paulo Henrique. “As terapias alternativas e a liberação dos corpos”. In: CAROZZI, M.aria Júlia. (org.) *A Nova Era no Mercosul*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. pp. 80-105,
- MARTINS, Ana Paula. “A ciência do feminino: a constituição da obstetrícia e da ginecologia”. In: ADELMAN, M, . SILVESTREIN, C. (org) *Gênero Plural*. Curitiba: Editora UFPR. 2002.
- MAUSS, Marcel. “As Técnicas Corporais”. In: MAUSS, Marcel; LEVI-STRAUSS, Claude *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EDU/EDUSP, 1974. pp. 211-233.
- MAUSS, Marcel. “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção de “eu””. In: MAUSS, Marcel; LEVI-STRAUSS, Claude. *Sociologia e Antropologia*, São Paulo: Edusp. 1974 (1938)
- MENEZES, Raquel. *Um modelo para morrer: última etapa na construção social da pessoa contemporânea?* Rio de Janeiro:IMS/UERJ. 2002.
- MORAES, Laura do Nascimento Rótolo. *Cães, vento sul e urubus: higienização e cura em Desterro/Florianópolis (1830-1918)*. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.
- MOTT, M.aria Lúcia. “A parteira ignorante: um erro de diagnóstico médico?” *Revista de Estudos feministas*, v.07, n.01, 1999. pp.25-36.
- MOTT, M.aria Lúcia. “Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil”. *Revista de Estudos feministas*, v.10, n.02, pp.493-507. 2002
- MONTICELLI, Marisa. *O nascimento como um ritual de passagem*. Dissertação (Mestrado) CCS/UFSC1994.
- ORTNER, S. “Está a mulher para o homem, assim como a Natureza para a Cultura?” In: ROSALDO, M. & LAMPHERE, L. *A mulher, a sociedade e a cultura* . Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

- OVERING, Joana. “A Estética da Produção: O senso de comunidade entre os Cubeo e os Piaroa”. *Revista de Antropologia*. São Paulo, USP, n.34, 1991. pp.7-33.
- OVERING, Joanna; PASSES, Alan. *The anthropology of love and anger : the aesthetics of conviviality in Native Amazonia*. New York: Routledge, 2000.
- PAIM, Heloisa. “Marcas no corpo: gravidez e maternidade nos grupos populares”. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- PEIRANO, Marisa.. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- PEIRANO, Marisa. “A análise Antropológica de Rituais”. In: *O Dito e o Feito: Ensaio de Antropologia dos Rituais*. PEIRANO, Marisa (org). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- RÉCHIA, Karen Cristine. “Das senhoras dos ‘repolhos’ e das ‘roças’: ou de como nasciam os bebês. In: MORGA, A (org.) *História das Mulheres de Santa Catarina*. Florianópolis: Argos/Letras Contemporâneas, 2000.
- RIVIÈRE, Peter. ““The more we are together...””In: OVERING, Joanna; PASSES, Alan. *The anthropology of love and anger : the aesthetics of conviviality in Native Amazonia*. New York: Routledge, 2000.
- RODHEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ROSALDO, Michelle.; LAMPHERE, Louise. *A mulher, a Cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979 (1974).
- ROSZAK, Theodore. *The making of a counter culture*. New York: Anchor Books Edition, 1969.
- RUSSO, Jane. *O corpo contra a palavra*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1993.
- SALÉM, Tânia. *O Ideário do Parto sem Dor: Uma leitura antropológica*. Boletim do Museu nacional, n.40, ago., 1983.
- SALÉM, Tânia. *Sobre o casal grávido: Incursão em um universo ético*. Tese (Doutorado) Museu Nacional do Rio de Janeiro, 1987.
- SALÉM, Tânia. *O individualismo libertário dos anos 60*. Revista Physis, IMS/UREJ, v.01, n. 02, pp.59- 75. 1991
- SALÉM, Tânia. *As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de*

- pessoa*. Mana, v. 03, n.01, Rio de Janeiro, 1997
- SALÉM, Tânia & NOVAES, Simone.. *Recontextualizando o embrião*. Estudos Feministas, n. 01,1995.
- SEEGER, Anthony. DAMATTA, Roberto & VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras.” *Boletim do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, v. 03, pp. 2-19, 1979.
- SILVA, Vagner Gonçalves da. *O antropólogo e sua Magia: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras*. São Paulo: EDUSP, 2000.
- SOARES, Luis Eduardo. “Religioso por natureza: cultura alternativa e misticismo ecológico no Brasil”. In: SOARES, L.E. *O rigor da indisciplina. Ensaios de antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro: ISER/ Relume-Dumará, 1994
- STRATHERN, Marilyn. “Necessidade de Pais, necessidade de mães”. *Revista de Estudos Feministas*, v. 03, n. 02, 1995. pp. 303-329
- TAVARES, Fátima Regina Gomes. “O Holismo Terapêutico” no âmbito do movimento Nova Era no Rio de Janeiro. In: CAROZZI, Maria Júlia. (org.) *A Nova Era no Mercosul.*, Rio de Janeiro: Vozes, 1999. pp. 80-105.
- TORNQUIST, Carmen.Susana. *Mães em velhas mãos: partos e parteiras na Ilha de Santa Catarina*. Reatório final da pesquisa: modernidade e maternidade entre os grupos populares ilhéus. FAED/UDESC, 1998.
- TORNQUIST, Carmen. Susana. “A Mão e a Luva : o processo de medicalização do parto e o corpo feminino em Florianópolis”. In: MORGA, A (org.). *História das Mulheres de Santa Catarina.*. Florianópolis: Argos/Letras Contemporâneas, 2000.
- TORNQUIST, Carmen. Susana. *Paradoxos da Humanização em uma Maternidade no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, v.19 supl.2, Rio de Janeiro, 2003.
- TORNQUIST, Carmen. Susana. *Parto e Poder: O Movimento pela Humanização do Parto no Brasil*. Tese (Doutorado). PPGAS/UFSC, Florianópolis, 2004.
- TURNER, Victor. *O processo ritual*. Rio de Janeiro: Vozes, 1974
- VAN GENNEP, Arnold. *Os ritos de passagem*. Rio de Janeiro: Vozes. 1978.(1909)
- VELHO, Gilberto. “O antropólogo pesquisando em sua cidade: sobre conhecimento e heresia.” In: VELHO, Gilberto (org.). *O desafio da cidade: novas perspectivas da antropologia brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.
- VELHO, Gilberto. *Nobres e Anjos: um estudo de tóxico e hierarquia*. Tese (Doutorado)

São Paulo : FFLCH/USP, 1975.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e Cultura.: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *Arawete: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

BIBLIOGRAFIA NATIVA

BALASKAS, Janet. Parto Ativo. (s/d).

GUIA AUXILIAR DE OBSTETRÍCIA DOMÉSTICA : Introdução ao estudo do nascimento e preparação de mães, parteiras e auxiliares de parto normal. (Tradução do quinto capítulo, parte três, do livro *Spiritual Midwifery* de autoria de Ina May Gaskin, editado pela FARM) realizada pelo Centro de Estudos Se Oriente Ocidente, Salvador Bahia – s/d.

KIKUCHI, Tomio. *Parto Natural e Independente: Guia Prático de Obstetrícia Original para médicos, parteiras e enfermeiras*. São Paulo: Musso Publicações, 1990.

KITZINGER, Sheila. *A experiência de Dar à Luz*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

KITZINGER, Sheila. *Um estudo Antropológico da Maternidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1978

LEBOYER, Frederick. *Shantala: un arte tradicional el masaje de los niños*. Buenos Aires: Hachette, 1976.

LEBOYER, Frederick.. *Nascer Sorrindo*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1974.

LESSA, Ciça; NOGUEIRA, Adriana Tanese. *Mulheres Contam o Parto*. São Paulo : Itália Nova Editora, 2003.

ODENT, Michel. *A Cientificação do Amor*. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

ODENT, Michel. *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books, 1984.

PACIORNIK, Moysés. *Aprenda a nascer com os índios*. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PACIORNIK, Moysés. *Aprenda a envelhecer sem ficar velho*. 20^a ed. Curitiba: Editora Goulart, 1997.

SABATINO, Hugo; DUN, Peter; CALDEYRO-BARCIA, R. *Parto Humanizado: Formas Alternativas*. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2000.

Roteiro das entrevistas com parteiras e parteiros urbanos:

Nome:

Idade:

Endereço:

Local de nascimento:

Estado civil:

Escolaridade:

Formação profissional:

Religião:

O TRABALHO DE PARTEIRA/O:

- 1) Como você se tornou parteira/o?
- 2) Onde você aprendeu a partejar?
- 3) Na sua família alguém mais é ou foi parteira/o?
- 4) Há quanto tempo parteja?
- 5) Como é o seu trabalho?
- 6) Quantos partos domiciliares já atendeu, em média? Qual a média por ano?
- 7) Exerce ou exerceu alguma outra profissão?
- 8) Você faz algum tipo de seleção dentre as pessoas que procuram o seu trabalho, isto é, existem casos em que parto domiciliar é recomendado e casos em que não é? Que critérios você utiliza?
- 9) Você faz alguma coisa para preparar a mulher/casal para o parto em casa? Como é esta preparação? Onde acontece esta preparação e com que frequência?
- 10) O que uma mulher grávida não deve fazer?
- 11) Você trabalha em conjunto com algum outro profissional (obstetras, ginecologistas, preparadores físicos, homeopatas)? Ou mantém contato com os médicos/as que fazem o pré-natal das gestantes que estão se preparando com você?
- 12) Como você se relaciona com o saber médico?
- 13) Já ensinou ou está ensinando alguém a partejar?

14) O que é necessário para alguém se tornar parteira?

O PARTO:

15) Você poderia me contar como é um parto?

16) O que a parteira faz? Qual o seu papel no parto?

17) Qual o papel da parturiente no parto? O que ela deve fazer?

18) E o bebê, desempenha alguma função no parto?

19) Você acha importante a parturiente estar acompanhada no parto? O que o acompanhante faz?

20) Como você vê o papel do companheiro/marido na gestação, parto e cuidados com o bebê?

21) Quanto tempo dura ou pode durar um parto?

22) Como é a preparação do ambiente onde vai ser realizado o parto? O que é necessário ?

23) Como é o acompanhamento do trabalho de parto?

24) Em que posição as mulheres podem dar à luz?

25) Estimulas alguma posição? Por que?

26) Se um parto se torna inesperadamente complicado, o que você faz?

27) Por que razões uma mulher não poderia dar à luz em casa?

28) Algum parto te “marcou” mais?

29) E as dores do parto? É possível amenizá-las? A dor tem alguma função no parto?

30) Por que algumas mulheres não sentem dor?

31) Como as famílias das pessoas que você atendeu reagiram à idéia de fazer o parto em casa? A família costuma ter algum papel na decisão de parir em casa?

32) Quais fatores indicam que um parto foi bem sucedido?

O PÓS-PARTO

33) Quanto ao cordão umbilical e à placenta o que é feito deles depois do parto?

34) Logo depois que o bebê nasce, que cuidados ele recebe?

35) Como deve ser o resguardo da mulher? Por quanto tempo?

36) Permaneces na casa por quanto tempo?

37) Qual o papel da parteira no pós-parto?

38) Quanto à amamentação e cuidados com o bebê, você tem algum papel nisso?

A CLIENTELA:

- 39) Quem são as pessoas que procuram o seu trabalho?
- 40) Em que locais da ilha você mais partejou?
- 41) O pessoal nativo da Ilha vêm parir com você?
- 42) Pessoas de fora, de outras localidades, procuram os seus serviços?
- 43) Te pagam, de alguma maneira, pelos serviços que prestas?

OUTRAS QUESTÕES:

- 44) Você acha que há alguma relação entre o seu trabalho e o das antigas parteiras da ilha?
Qual seria?
- 45) Como a comunidade reage ao seu trabalho?
- 46) Como você vê o parto realizado nos hospitais?
- 47) E o movimento de humanização?
- 48) Como você vê o aborto?
- 49) De “onde” vêm os bebês?
- 50) Tens filhos e quantos nasceram em casa?

Roteiro das entrevistas com mulheres/casais que deram à luz em casa:

Nome da mulher:

Nome do companheiro/a:

Idade:

Idade:

Escolaridade:

Escolaridade:

Profissão:

Profissão:

Religião:

Religião:

Nome dos filhos:

Datas de nascimento dos filhos:

QUESTÕES PRELIMINARES

- 1) Quantos filhos foram paridos em casa?
- 2) Por que resolveram tê-los em casa?
- 3) Como as famílias de origem reagiram à essa decisão?

GRAVIDEZ:

- 4) A gravidez tinha sido planejada?
- 5) Trabalhava neste período? Parou em algum momento? Quando?
- 6) Como foi a gestação? Como era estar grávida?
- 7) Como era a sua relação com o bebê na barriga? E a de seu parceiro?
- 8) Como era a relação com as famílias de vocês durante o período gestacional?
- 9) Fez preparação para o parto domiciliar? Com quem? E como foi? Como estabeleceu contato com esta pessoa?
- 10) O companheiro participou da preparação?
- 11) Fizeram cursos para gestantes e casais grávidos? Quais e como foi?
- 12) Contavam com o apoio de outros profissionais durante este período? (obstetras, ginecologistas ou outros terapeutas)
- 13) Costumava ler livros sobre gestação, parto e cuidados com o bebê? Quais? Quem os indicou? Qual o que mais gostou?

14) Que cuidados você costuma tomar na gravidez?

PARTO:

15) Você poderia me contar como foram os partos dos seus filhos?

16) Que sentimentos você teve? Quanto tempo durou ?

17) Quem estava no parto e por que?

18) Se pariu mais de uma vez, teve diferenças entre os partos? A que você atribui estas diferenças? Em que posição você pariu? Por que?

19) Como foi a relação com a/o parteira/o durante o parto?

20) Como foi para o companheiro participar do parto? Como você vê a participação do homem na gravidez e no parto?

21) Sentiu dor? Como você fez para lidar com a dor?

22) Que lugar da casa vocês escolheram para fazer o parto e por que? O que precisa para fazer um parto em casa?

PÓS-PARTO

25) A chegada do bebê ocasionou mudanças na vida de vocês? Quais?

23) Contaram com ajuda de alguém nos primeiros dias de cuidado? Quem?

24) Como foi o resguardo? Quais cuidados vocês tomavam?

25) Voltou a exercer suas atividades profissionais? Quanto tempo depois do nascimento?

26) O que fizeram com a placenta e com o cordão umbilical? Por que?

OUTRAS QUESTÕES:

27) O que você acha do parto no hospital?

28) E o que você acha do movimento de humanização do parto?

29) Como você vê a maneira como seus pais à educaram e a educação que dá ao seu filho? É diferente? De que maneira?

30) De onde vêm os bebês?

31) Como vocês vêem o aborto?

ANEXO 3: QUADRO DOS INFORMANTES

	Ocupação atual	Idade (anos)	Nº de filhos		Outras informações
			Parto domiciliar	Parto hospitalar	
Clara	É parteira há 8 anos e também feirante, produzindo alimentos macrobióticos que são vendidos na Feira da Lagoa da Conceição aos sábados.	55	1	2	Clara foi orientadora de gestantes por 15 anos, trabalhando com yoga, antes de se tornar parteira. Este trabalho estava vinculado à projetos de extensão da UFSC, instituição na qual atuava como professora universitária. Participou do primeiro Grupo de Gestantes e Casais Grávidos do Hospital Universitário como preparadora física utilizando conhecimentos de yoga. Cultiva a alimentação macrobiótica há 30 anos. Tornou-se parteira depois de ter se aposentado como professora. Sua principal inspiração para partejar é o trabalho de Ina May e seus conhecimentos autodidatas em macrobiótica, medicina oriental e psicologia jungiana. Atende em média 7 partos por ano e parteja há 8anos.
Ana	Parteira e curadora de arte promovendo jovens artistas.	43	-	3	Ana morou por 20 no Texas, nos EUA, onde era curadora de arte de uma galeria que promovia artistas latinos (mexicanos, colombianos, guatemaltecas). Segundo ela foi “adotada” pelas comunidades indígenas Dakota e Navarro. Depois do nascimento do primeiro filho (por cesariana de emergência), ingressou num movimento chamado ICAN (Internacional Cesarian Awareness Network), que busca conscientizar as mulheres sobre a possibilidade fazer parto normal depois de ter feito uma cesariana, é o chamado “vbac” (vaginal birth after cesarian). Depois tornou-se educadora de parto, <i>doula</i> e “ativista ferrenha e braba” do movimento de parto natural e de parto em casa. Fez cursos de <i>midwives</i> e acompanhou suas amigas parteiras pelo período de um ano, até que “o primeiro nasceu na sua mão”. Recentemente, com intuito de “resgatar suas origens” brasileiras fixou residência em Florianópolis e já atendeu três partos desde sua chegada. Atendia em média 20 partos por ano nos EUA e parteja há 12 anos.
Jonas	Médico clínico geral e parteiro. Ministra aula de acupuntura no curso de medicina da UFSC.	52	2	-	Jonas é o parteiro mais conhecido da cidade. É especialista em Saúde Pública e Acupuntura. No parto de seus três filho teve o auxílio do médico homeopata Eduardo, o primeiro médico a fazer parto domiciliares na Ilha no final da década de 70 e início da década de 80. Nessa época participava do treinamento de agentes comunitários de saúde, nos quais dava aulas sobre “o que fazer num parto de urgência” e passou a ser solicitado por seus alunos a fazer partos nas localidades mais afastadas do centro da cidade. A partir daí foi aprender com Moysés Paciornik em Curitiba. Depois de dois dias na companhia do obstetra, ele disse à Jonas que “não tinha muito o que aprender, que as mulheres é que fazem o parto”. Jonas disse-me que nunca se identificou com os médicos apesar de dever parte de seu conhecimento à medicina. É também ligado ao Caminho Vermelho, um “caminho espiritual” inspirado em tradições e cerimônias indígenas norte americanas. Parteja há 24 anos e já atendeu 336 partos. Atualmente faz de 4 a 9 partos por ano.
Carlos	Professor de yoga, terapeuta de Renascimento e parteiro.	39	2	1	Sua primeira experiência com partos foi aos 17 anos, quando “socorreu” um parto de emergência dentro de um táxi, quando saía da praia onde costumava surfar no Rio de Janeiro. Depois de casado, e já trabalhando com terapia de renascimento, o primeiro parto da ex-esposa foi hospitalar e considerado “insatisfatório” pelo casal. Quando ela engravidou pela segunda vez, Carlos foi, à convite de um amigo médico, fazer aulas no curso de medicina da UFRJ. Além disso, o casal estudou sobre parto em casa e tiveram este filho e o que veio em seguida de parto domiciliar sem contar com médicos ou mesmo parteiros(as). A partir desta experiência, suas clientes de Renascimento solicitaram que ele as auxiliasse a trazer seu filhos à luz de maneira mais “natural” e a partir de então ele se tornou parteiro. Já atendeu 13 partos.

	Ocupação atual	Idade (anos)	Nº de filhos		Outras informações
			Parto domiciliar	Parto hospitalar	
Flávia e Ravi	Flávia é dona de casa e organiza cursos de culinária macrobiótica aos finais de semana em sua casa. Ela também fornece refeições macrobióticas por encomenda. Ravi é marceneiro e sua oficina/atelier é contígua à casa onde moram.	36 41	3	-	Os dois são paulistas e se conheceram na Escola de Educação Vitalícia coordenada por Tomio Kikuchi em São Paulo cuja filosofia segue os preceitos da macrobiótica. Uma parte desta Escola fica em um sítio, na Serra da Cantareira, no qual os adeptos tem a oportunidade de morar por períodos variáveis. Flávia morou por 3 anos e meio e Ravi por 2 anos. “Educação Vitalícia”, segundo eles me explicaram significa que a educação deve se dar durante toda a vida, do pré-natal ao pré-mortal. (Esta Escola é também onde a parteira Clara fez sua formação em macrobiótica.) Eles me emprestaram livros sobre anticoncepção “natural”, como o Método <i>Billings</i> , baseado no conhecimento do ciclo ovulatório através da observação da textura e da cor do muco vaginal, bem como das sensações de “umidade” e “secura” na vagina. Grande parte da mobília da casa tinha sido feita por Ravi. Cultivam horta e flores no quintal.
Deise e Cláudio	Ambos são ceramistas e produtores de bonsai. O atelier do casal é contíguo a casa onde moram, e cultivam os bonsai no quintal. Vendem seus produtos em feiras.	29 30	3	-	Deise é paulista e Cláudio é “nativo” da Ilha. O pai de Deise era adepto da macrobiótica e segundo ela sempre a criou “longe” de médicos, inclusive quando teve doenças graves. Ele sempre a tratou a partir de cuidados alimentares. Teve o primeiro filho com a presença do marido e do pai e os outros dois só com o auxílio do marido.
Leonora	Professora do ensino médio em uma escola particular. Ministra a disciplina de Educação Artística.	47	4	1	Leonora, “nativa” da Ilha, aos 19 anos participou do primeiro curso de yoga da cidade. Logo se tornou instrutora, ministrando aulas de 1975 à 1980. Teve seus quatro filhos com auxílio do médico homeopata Eduardo e de seu marido. Um dos filhos nasceu de cesariana e segundo ela foi um gravidez muito difícil, pois na época estava trabalhando muito, participando da fundação da Escola Anabá, que segue a pedagogia antroposófica Waldorf. Trabalhou com orientação pra gestantes, a partir do yoga e da antroposofia, no período em que Eduardo e Jonas atendiam juntos partos domiciliares. Acompanhou o parto de muitas das gestantes que participaram do seu curso de preparação, inclusive cedendo sua casa para algumas delas que não tinham instalações adequadas para o parto. Segundo Jonas Leonora é uma “parteira em potencial”.
Clarice	Vendedora autônoma de sapatos. Prepara-se para ser instrutora de yoga.	45	2	1	Clarice é ex-esposa do parteiro Carlos. É gaúcha de Caxias do Sul. Teve três filhos, dois nascidos de parto domiciliar. É vegetariana e mantém práticas diárias de meditação e yoga. Clarice disse que sua primeira experiência de parto, no hospital, foi traumática pois o bebê nasceu com icterícia (mau funcionamento do fígado, caracterizada pela cor amarelada da pele devido a presença de biles no sangue) e teve que ficar hospitalizado por dois dias, separado dela e da família. Ganhou um “corte” (episiotomia) e teve sua bolsa estourada com um “ferro”. Segundo ela estes procedimentos poderiam ter sido evitados se os médicos tivessem mais calma pra esperar o neném nascer e a dilatação se completar.
Maria	Estudante de biblioteconomia da UDESC. Vende roupas na Universidade e é responsável pelo aluguel dos quartos na casa onde mora.	24	1	-	Maria é mãe solteira. Quando estava grávida, pegou uma carona com a parteira Ana que tinha recém chegado dos Estados Unidos. Já tinha conhecido a parteira Clara na Feira da Lagoa. As duas parteiras concordaram em atender juntas o parto de Maria, gratuitamente. Maria estudou e leu muito sobre parto, principalmente o livro Parto Ativo. Disse-me que procura manter uma alimentação “natural”, embora não seja vegetariana. Foi a partir do site amigas do parto que ficou conhecendo o parto domiciliar e manteve contato com a lista de discussão do site durante toda a gestação. Fez o pré-natal com Jonas no posto de saúde da Lagoa. Embora tenha escondido dos pais que ia fazer o parto em casa, eles foram os primeiros a saber do nascimento da neta, inclusive conversando com as parteiras por telefone logo após o parto.

