

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Gabriela Brum Rodrigues de Freitas

**DA RAINHA VITÓRIA A GISELE BÜNDCHEN:
a escolha de “famosas” na hora do parto**

Porto Alegre

2010

Gabriela Brum Rodrigues de Freitas

**DA RAINHA VITÓRIA A GISELE BÜNDCHEN:
A ESCOLHA DE “FAMOSAS” NA HORA DO PARTO**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariene Jaeger
Riffel

Porto Alegre

2010

*Dedico este trabalho à mulher que
me deu a vida.*

*Mãe: por cada noite que te tirei o sono,
por todos os puxões de orelha, por todo o
incentivo, todo amor, toda amizade. Por
nunca me deixar desistir e por acreditar
em mim, mesmo quando eu mesma não
consegua acreditar. Muito obrigada.*

*Hoje tenho a honra de te dedicar o
resultado do nosso esforço.*

Te amo.

AGRADECIMENTOS

Nada na vida conquistamos sozinhos. Essa vitória eu devo às pessoas que foram meu alicerce durante essa etapa tão difícil da minha vida.

À minha orientadora, por toda paciência, dedicação, carinho e incentivo. Por me mostrar novos caminhos a cada encontro: muito obrigada!

À minha banca: Professora Cláudia Armellini e Professora Maria Henriqueta, foi uma honra ter meu trabalho avaliado por Enfermeiras como vocês, muito obrigada pelas dicas, sugestões, correções e incentivo.

Aos meus “melhores”, pela amizade que cultivamos ao longo dessa caminhada, jamais esquecerei nosso companheirismo desde o dia da matrícula, quando fomos pintados pela primeira vez, cada trabalho, cada prova, cada cerveja no bar do tio Sonolento ou na ASHCLIN, cada foto, cada risada, cada lágrima, tudo que passamos valeu à pena porque tínhamos uns aos outros.

Às mulheres do DAEE, pelas longas reuniões, discussões, planejamentos, estudos, pelas chapas, pelas campanhas, pelos congressos e encontros, enfim, por me fazerem “reacreditar” em um mundo melhor.

Às minhas amigas-irmãs Camila, Mariana, Evelise e meu afilhado Andrew, pela compreensão quando estive ausente.

À minha Get Along Gang, Tati, Quel, Fê, Paola, Cacá, mulheres lindas, batalhadoras, amigas, que eu tanto admiro e que tenho a honra de chamar minhas melhores Amigas! E aos seus filhotes maravilhosos, que me permitem exercitar a maternidade, ainda que desajeitada!

Aos meus colegas de trabalho em Esteio. Muito obrigada por todo o apoio, incentivo e motivação. Eliéth, obrigada pelo exemplo de pessoa e de profissional, pela amizade e pelo colo de mãe que muitas vezes me ofereceu.

Venancio, teu carinho, tua compreensão, tua paciência, teu colo, teu ombro, teu amor. Pelo nosso amor, pura e simplesmente.

Às minhas avós, que me cuidaram, me protegeram, me bancaram! Vó Cota, onde estiver, muito obrigada, Vó Maria, mesmo tão longe, sempre por perto, muito obrigada!

Aos meus manos, Mano, Fedor e Tatu. Razão da minha vida, do meu esforço, da minha dedicação. Por vocês quero sempre ser uma pessoa melhor, por que vocês são o melhor presente que Deus me deu.

Mauro, tu és um anjo que chegou nas nossas vidas, não tenho palavras para agradecer tanto carinho, tanto cuidado que dedicas a mim, aos meus manos e à minha mãe.

Paizinho, pela amizade, companheirismo. Teu cuidado, tua dedicação, teu empenho, tua força, teu amor, tua coragem são meus exemplos. Te amo muito, muito obrigada por tudo.

Dulu, aonde estiver, essa vitória também é tua. Obrigada por nunca desistir de mim e por nunca me deixar desistir. Fostes um baita pai. Te amo.

Mami, por tudo, pelas revisões, pelas pesquisas, pela normalização deste trabalho. Pelo incentivo ao estudo desde que eu era muito pequena. Pelo estímulo a cada esmorecimento. Por aguentar cada TPM, cada choradeira desesperada desde a época do vestibular, até a entrega desse trabalho. Por ser minha mãe. Muito obrigada!

*“Para mudar o mundo é preciso primeiro,
mudar a forma de nascer”.*

Michel Odent(1981)

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) desenvolvido por meio da realização de pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório. Apresenta reflexão sobre a possibilidade de escolha do tipo de parto de mulheres na atualidade. Aborda aspectos da experiência da humanização do parto. Descreve possibilidades de escolha de mulheres em relação às práticas de parto, problematizando práticas utilizadas pela Rainha Vitória e pela *Top model* Gisele Bündchen, direcionando tal problematização ao temor à dor. Analisa, sob o enfoque de discurso trabalhado por Foucault, a perspectiva histórica em que as mulheres ícones relacionadas, Rainha Vitória e Gisele Bündchen, estão situadas e procura contingenciar suas escolhas. Narra aspectos da descoberta do óxido nítrico como substância anestésica e a narcotização anestésica com a utilização de clorofórmio no parto da Rainha Vitória. Aborda a dor do parto e alguns de seus significados. Descreve termos utilizados e difundidos por Michel Foucault para contingenciar reflexões.

Descritores: Parto humanizado. Dor do parto. Parto domiciliar. Comportamento de escolha.

ABSTRACT

Coursework essay developed by a research on the childbirth methods, chosen by modern women. Emphasize humanization of labor and comparative practices between Queen Victoria (UK) age and Victoria Secret model Gisele Bündchen choices, related to pain fear. In a Foucault perspective, elect these two women as representatives of their time and technological choices available. Describes utilization of Nitrous Oxide, Chloroform as anesthesia. Investigates into a childbirth labor pain and its significances. When analyzing appraises used terms the selected speeches of Foucault and presents final context.

Keywords: Humanizing delivery; Labor pain; Home childbirth; Choice behavior.

SUMÁRIO

1	MINHA ESCOLHA	10
2	VITÓRIA: Um modo de “Parto Sem Dor”	20
3	GISELE BÜNDCHEN: Um modo de “Parto Humanizado”	25
4	FOUCAULT E OS MODOS DE PARTO.....	30
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	38

1 MINHA ESCOLHA

O tema deste trabalho surgiu de reflexões sobre as possibilidades de escolha do tipo de parto das mulheres na atualidade. Daí o questionamento: como elas exercem esse direito?

A dor, durante a parturição, é uma resposta fisiológica complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente o da contração uterina (LOWE, 2002). Outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período de dilatação e o expulsivo. Outra situação que provoca aumento dos níveis da dor é o estresse que, quando ocorre, aumenta os níveis de glicocorticóides e catecolaminas, diminuindo o limiar de tolerância à dor devido aos baixos níveis de endorfina, à fadiga ou à doença (BURROUGHS, 1995).

A cultura exerce grande influência em todos os aspectos da vida das pessoas, incluindo suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, religião, estrutura familiar, linguagem, alimentação, vestuário e imagem corporal. Estes aspectos exercem um poderoso efeito na tolerância ou não à dor. Assim definida, a cultura age como um conjunto de teias e significados que o próprio homem teceu e na qual se encontra amarrado (BUDO et al, 2007).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as medidas educativas deveriam ser introduzidas nos programas de pré-natal, na preparação da mulher para o nascimento. Entre as ações educativas citadas encontram-se, principalmente, a adoção de medidas referentes ao trabalho corporal, que teriam como objetivo oferecer à mulher um melhor conhecimento da percepção do seu corpo, do relaxamento e da respiração, para um melhor controle do trabalho de parto e parto. Ao exercitar o relaxamento e os exercícios respiratórios, a mulher teria a sensação de controle das contrações, e a possibilidade de identificar as melhores posições para relaxamento durante o trabalho de parto.

O ambiente acolhedor, confortável e o mais silencioso possível, os recursos da música e das cores, representariam formas alternativas de abordagem que buscariam desenvolver potenciais e/ou restaurar funções corporais e conduziriam ao relaxamento psico-físico da mulher, do acompanhante e da equipe de profissionais,

“podendo ser considerado um indicador da qualidade da assistência” (BRASIL, 2001, p. 28).

A literatura descreve métodos psico-profiláticos e de relaxamento que poderiam ser iniciados no pré-natal, como o Método de Dick- Read, o de Bradley e o de Lamaze. Pressupõem-se que a utilização de tais métodos resulte na redução do medo, da tensão e da dor, melhorando o tônus muscular, aumentando o relaxamento e favorecendo técnicas para os esforços de puxos. Tornando, desta forma, o trabalho de parto e parto mais breves (BRASIL, 2001).

Assim, ao considerarmos que um significado pode ser descrito conforme fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais, pode-se, também, pensar que a dor do parto deveria ser descrita de maneiras muito diferentes conforme a percepção de cada mulher. Por vezes, ela é narrada como um marco inicial da maternidade ou como um "preço a ser pago", que poderia ficar "quase esquecida" após receber, como prêmio, o filho nos braços (RUANO et al, 2007).

Mesmo na atualidade, dependendo das crenças de algumas mulheres, sentir a dor do parto é considerado necessário para a expiação do pecado capital cometido por ocasião do coito fecundante. Conforme a tradição cristã, depois de comer o fruto proibido, ou seja, manter relações sexuais, desobedecer ao Senhor, conhecer outras possibilidades de “viver no paraíso”, Eva recebe de Deus o aviso de que, como punição, passaria a "dar à luz em meio a dores" (BÍBLIA, 1993). Daí a intervenção da Igreja nos saberes que resultem na remissão da dor, e que impossibilitariam o perdão de Deus para este pecado.

Hoje, o medo da dor é difundido pelas mulheres, principalmente nas sociedades ocidentais. Para algumas, a dor do parto é intensa, sofrida, desgastante e aterrorizante. Para driblar esta dor optam por analgesia e cesárea, práticas que aliviam certos sofrimentos. No entanto, a prática de cesárea aumenta os riscos, conforme ilustra a tabela que segue, publicada pelo Ministério da Saúde Brasileiro, cujas informações são corroboradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Risco	Parto normal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho de parto	Variável. Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou anestesia	Idem
Dor na hora do parto	Pode ser controlada com anestesia	Anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior
Complicações	Menos freqüentes	Mais freqüentes
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Tabela: Riscos potenciais associados ao tipo de parto. (BRASIL, 2001, p.38)

Além de aumentar riscos à saúde da mulher e do recém-nascido, a cesárea não é garantia de que a mulher não sentirá dor. Conforme também ilustrou a tabela, a dor do trabalho de parto tem a mesma variação e possibilidade de controle. Mesmo em cesarianas agendadas previamente, a mulher sentirá dor após a cirurgia, ainda mais intensa do que sentiria após o parto vaginal.

O parto vaginal, sem dor, tem sido difundido internacionalmente. Nessa ocasião a paciente é submetida a bloqueios anestésicos regionais como o peridural e também o duplo-bloqueio, que podem ser aplicados desde o início das contrações dolorosas (RUANO et al, 2007). Assim, a dor do parto significa sofrimento, e a analgesia a salvação. As invenções tecnológicas e farmacológicas que servem para acabar com as dores sentidas pelas mulheres durante o trabalho de parto, têm sido largamente recomendadas e utilizadas, no entanto muitas destas mulheres têm preferido um "parto natural", ou seja, escolhem formas de experienciar o processo de parto utilizando-se de tecnologias leves¹ quando práticas menos invasivas, porém não menos sofisticadas, são utilizadas nessas ocasiões. Entre tais práticas, estão os métodos não farmacológicos para alívio da dor, a escolha e presença de um acompanhante, a escolha da posição de sua preferência, a escolha do lugar onde o

¹ Tecnologias leves, definidas como saberes que resultam na produção do cuidado em saúde, liberando assim o potencial transformador e qualificando a assistência (MERHY, 1997).

parto ocorrerá, a livre movimentação, a utilização de esforços expulsivos não dirigidos, entre outros.

Para outras, o desconforto significa a iminência do nascimento e a situação fisiológica de seu corpo (RUANO et al, 2007). Em meio a tantas discussões, percebe-se um movimento de reavaliação dos modos como governos e mulheres desejam trazer ao mundo seus filhos e cidadãos (MACHADO; PRAÇA, 2006). Tais escolhas, para alguns, são consideradas retrocessos: retornos a um passado malsão! No entanto, pode-se pensar que tais movimentos jamais retornam ao a um mesmo lugar. Que a novidade, o novo, está justamente em seus retornos (FOUCAULT, 1996, p. 26).

No Brasil (DINIZ, 2005), o movimento pela humanização do parto tem sido impulsionado por experiências e discussões em vários estados. Essas práticas surgiram quase ao mesmo tempo, em lugares diferentes, a partir da década de 1970, quando alguns profissionais relatavam suas preocupações com os modos pelos quais determinadas práticas utilizadas em mulheres por ocasião de seus partos “naturalizavam-se” em forma de rotinas e cujas possibilidades de exceção dificilmente eram/são aceitas ou questionadas por profissionais e pela própria população atendida.

Esse estranhamento possibilitou à Organização Mundial da Saúde (OMS), a categorização em quatro grandes blocos de práticas, das quais duas chamaram minha atenção por conter ações relacionadas ao controle da dor no parto. A primeira, “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado” (OMS, 1996, p. 38) e a segunda, para as “quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão” (p. 37).

As práticas no parto, frequentemente utilizadas de modo inadequado, listadas no manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) e indicadas como tais pela OMS são:

Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; controle da dor por agentes sistêmicos; controle da dor por analgesia peridural; monitoramento eletrônico fetal; uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto; exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina; amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto; transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; cateterização da bexiga; estímulo para o puxo quando se diagnostica

dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo; adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto; parto operatório; exploração manual do útero após o parto (p. 189).

Já as práticas utilizadas no parto e para as quais se considera que não existam evidências para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão são:

Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos; pressão no fundo uterino durante o período expulsivo; manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto; manipulação ativa do feto no momento do parto; clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto (BRASIL, 2001, p. 188).

Lendo atentamente tais listas, pode-se pensar na interrelação dos itens no quesito de controle da dor. Para chegar a essa consideração, fiz um breve passeio entre os mesmos e percebi que, conforme estudei em fisiologia nos escritos de Guyton (2006), restrições hídricas e alimentares, por exemplo, levam o corpo humano ao consumo de reservas de glicose, que uma vez exauridas, levam à mobilização de gorduras que, por sua vez, produzem ácidos graxos, cetonas e ácido láctico. Ao depositar-se em órgãos e tecidos, este ácido produz dor. Daí que qualquer situação considerada até certo ponto fisiológica, como o desconforto provocado pela contração uterina no trabalho de parto, pode ser potencializada pelas condições impostas pelo meio.

Das categorizações produzidas, advindas de discussões ocorridas no mundo inteiro e citadas anteriormente, culmina no Brasil, na Política de Estado designada por Humanização do Parto e Nascimento. As práticas preconizadas para esta política tiveram pessoas e instituições a disseminarem saberes tais como, ao final da década de 1980, Galba de Araújo no Ceará, Moysés Paciornick no Paraná, o Hospital Pio X em Goiás, o Instituto Aurora no Rio de Janeiro. Representantes destes e de outros segmentos buscaram na história, principalmente àquelas relacionadas às parteiras e às indígenas, elementos para confrontar e medir práticas que se tornassem evidências científicas, isto é, aquilo que “integra a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível, derivada da busca sistemática de informação relevante na literatura médica” (BRASIL, 2001, p. 183).

Na década seguinte, em 1993 foi fundada a Rede pela Humanização do

Parto e do Nascimento - ReHuNa, que lança o documento intitulado “Carta de Campinas” (REHUNA, 1993) em evento internacional com a presença de aproximadamente mil pessoas, entre “parteiras tradicionais” conforme denominadas em programa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) sociólogos, antropólogos, historiadores, médicos, psicólogos, terapeutas, fisioterapeutas, comunicadores, enfermeiras obstétricas e outros interessados no assunto. Tal documento afirma “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (DINIZ, 2005). Nesta Carta, o parto vaginal é descrito como:

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

A atenção adequada à mulher no momento do parto tem sido descrita como um direito fundamental de toda mulher. Para esta atenção, a equipe de saúde deveria estar capacitada para o acolhimento da grávida, de seu companheiro e de sua família, “respeitando todos os significados desse momento”, facilitando “a criação de um vínculo mais profundo com a gestante e transmitindo-lhe confiança e tranqüilidade” (BRASIL, 2001, p. 38). Para isto o Ministério da Saúde diz que as maternidades e serviços de saúde brasileiras precisariam de modificações profundas na qualidade da assistência ao parto, já que por humanização da assistência ao parto se entende, um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e de equipamentos dos hospitais, acompanhante durante o trabalho de parto, privacidade, procedimentos para alívio da dor e mudanças de atitude dos profissionais de saúde e das gestantes (BRASIL, 2001).

Entretanto, mesmo reconhecendo que os hospitais apresentam resistência em modificar suas “rotinas” em obstetrícia e que poucos são os que têm instalações/condições minimamente adequadas para a garantia de tais direitos das parturientes, o Ministério da Saúde tem dificuldades em diminuir o “descompasso entre o discurso e a prática”, para proporcionar a “adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa”, que garanta a

diminuição da distância entre o recomendado e o realizado, de forma que proporcione “às mulheres brasileiras – sobretudo àquelas mais carentes - um parto verdadeiramente humanizado” (BRASIL, 2001, p. 39).

Para contribuir com informações que indiquem direções a seguir dentro da atenção obstétrica, o Ministério da Saúde conta com dados estatísticos. Estes informam que riscos associados a procedimentos cirúrgicos, como a cesariana, apresentaram redução nas últimas décadas, “mesmo em países onde a mortalidade materna é reduzida”. Entretanto, o risco relativo de morte materna permanece mais elevado nas cesarianas quando comparado às possibilidades de complicações relacionadas ao parto normal. Além da hemorragia e da infecção, “há também a contribuição da embolia pulmonar e dos acidentes anestésicos como causa de óbito materno” mais frequentes nas cesarianas (BRASIL, 2001, p. 36).

Para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso realizou-se a descrição de uma experiência: minha experiência sobre aspectos relacionados ao parto e ao nascimento. Este tipo de narrativa é considerado de caráter descritivo-exploratório, considerada mais adequada ao entendimento (LaBiondo Wood & Haber, 2001). Não me preocupei em enumerar e/ou medir eventos, nem em empregar instrumental estatístico na análise dos dados que li para embasar argumentos. Envolvi-me na obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos (GODOY, 1995). A seleção de alguns pensamentos em forma de textos levou em conta aquilo que “podemos aproveitar e aquilo que podemos descartar, deixar passar ou deixar de lado” (VEIGA-NETO, 2004, p. 17).

Minha intenção foi descrever uma história sobre as possibilidades de escolha das mulheres em relação às práticas de parto, refletindo sobre àquelas utilizadas pela Rainha Vitória e pela *Top model* Gisele Bündchen, e direcionando tal problematização ao temor à dor. Tal assunto tem suscitado discussões e oferece para análise uma diversidade de práticas a ele relacionado. Ao elaborar tal descrição pude mostrar os objetos dos quais falo, a partir da criação de uma história das possibilidades de escolha das mulheres sobre os tipos de parto, de acordo com as sociedades em que viveram tais momentos.

Assim, busquei relatos de alguns acontecimentos ocorridos com a Rainha Vitória e com a *top model* brasileira Gisele Bündchen. Desta busca inicial surgiu a necessidade de contingenciar as sociedades dos séculos XIX e XXI, onde essas

mulheres-ícones estão historicamente situadas.

O embasamento teórico deu-se a partir de leituras que a obra de Michel Foucault (1999a) disponibiliza sobre sociedade soberana, sociedade disciplinar, disciplina, a fim de descrever a análise sob uma perspectiva historicamente situada.

Para análise do material foram realizadas leituras exploratórias de textos identificados como importantes para este estudo. A partir desta seleção, realizou-se a leitura seletiva do material e, por fim, a leitura analítica objetivando organizar as informações através da identificação de pensamentos-chaves e suas categorizações direcionados para a descrição da problemática levantada (GIL, 2002; FOUCAULT, 1999b). Durante e após esta etapa, as informações foram discutidas e argumentadas utilizando-se as ordens - ou prescrições - publicadas em documentos do Ministério da Saúde como o Manual **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** e ferramentas de análise sugeridas por Michel Foucault tais como verdade, poder, saber, condições de possibilidade. Todas ferramentas necessárias para análises dos discursos. Outras fontes utilizadas na coleta do material empírico de análise foram entrevistas, magazines, *blogs*, *sites*.

Aspectos éticos, como identificação de autorias, foram preservados na medida em que o material consultado foi referenciado no texto, utilizando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002), para citações e referências.

Meu objetivo para este estudo foi descrever as condições de possibilidades que levaram a Rainha Vitória e a *top model* Gisele Bündchen, a práticas diferenciadas de alívio da dor em parto domiciliar, em diferentes sociedades e momentos históricos. Mas o que seriam estas condições de possibilidade? Haveria algum fator determinante para tal?

Para Foucault (2005), as constituições de saberes dão-se a partir das verdades inventadas a cada época. Estas épocas seriam espaços onde os saberes são possíveis de se constituírem; seriam condição de possibilidade do aparecimento de saberes, e portanto, determinariam o que pode ser pensado e como ser pensado; o que pode ser dito e como ser dito em cada uma dessas épocas. A verdade, então, viria a ser o aparecimento de uma ordem, um jeito de ser e de pensar em determinado momento histórico cujos saberes emergidos e manifestos em forma de discursos são tomados como verdadeiros. O termo “discurso” em Foucault (2005) é

tomado como uma forma de analisar o saber, pois “[...] não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma” (p. 205). E para Foucault, o discurso manifesta e produz poder; é instrumento de poder quando possibilita seu exercício e é seu efeito quando é produzido por ele; é o espaço onde se aloja tanto o saber quanto o poder. Mais, relaciona o poder com o saber ao dizer que “o exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder. [...] Não é possível que o poder se exerça sem saber, não é possível que o saber não engendre poder” (FOUCAULT, 2005, p. 142). Nesta situação, o poder que o saber exerce não tem relação com a violência, pois o saber é tomado como elemento agregador.

Assim, os discursos participam da e na circulação de determinados saberes, e os indivíduos o fazem circular porque estes saberes os constituem. E, longe de impedir o saber, o poder o produz. O discurso está, portanto, sempre ligado a regras de aparecimento, organização e transformação do saber, ou seja, expressam a verdade de uma época. É por isso que ao veicular e produzir poder, o discurso “produz o poder, reforça-o, mas também o mina” (FOUCAULT, 1999a). Quanto mais o discurso se manifesta, maior é o poder por ele produzido, gerando ainda mais poder.

Para esclarecer melhor o poder das descrições que estudei, lembro que Vitória, personagem feminina lendária da realeza inglesa, foi a Rainha e a mulher que teve a primeira descrição sobre a utilização de analgesia em seu parto, em 1853, com clorofórmio. Já a modelo Gisele Bündchen, optou por um parto “natural”² e domiciliar em 2009. Estas personagens famosas, num intervalo de aproximadamente um século e meio, apresentam exemplos limítrofes e aparentemente contraditórios de práticas de alívio da dor durante o parto. Considerando-se os momentos históricos em que cada uma viveu tais experiências: uma quando a ciência engatinhava seus primeiros passos e outra quando práticas

² “Essa definição [de naturalidade] que nos parece hoje tão familiar, natural e evidente é, no entanto, cultural e histórica”. Assim, como pensar que o parto ocorrido dentro de uma mansão, com a assistência de uma enfermeira especializada, com a presença do marido e da mãe, que faziam massagens e diziam palavras encorajadoras, seja “natural”? Alio-me neste momento, ao pensamento de pós-estruturalistas, quando afirmam “que essa noção de sujeito [natural] inaugurado pelo Iluminismo, não se sustenta mais e que precisa ser ressignificada”, na medida em que o natural deve ser definido hoje, culturalmente (Meyer, 2001, p. 23).

de analgesia amplamente estudadas, diversificadas e eficientes circulam mundialmente, percebe-se que a dor do parto e as práticas que escolheram adotar nos nascimentos de seus filhos, representam rupturas nas formas de vida das sociedades dos séculos XIX e XXI, que precisam ser pensadas a partir de significados atribuídos à verdade de cada época.

Buscando em Foucault (1999b) uma maneira de utilização do termo experiência, aplicável a este trabalho, poderia dizer que seria uma forma da mulher pensar o que pode e deve pensar de si própria quando se percebe grávida e se defronta com a necessidade de escolha de práticas relativas ao seu trabalho de parto. A partir dessas considerações, descrevo algumas situações relativas aos partos de Vitória e Gisele.

2 VITÓRIA: Um modo de “Parto Sem Dor”

Nesse capítulo realizei uma breve descrição da vida da Rainha Vitória, de seu reinado e alguns de seus pensamentos sobre a gravidez. Resgato descrições de como foi usado o clorofórmio pela primeira vez no parto e das repercussões do uso do clorofórmio no parto da Rainha.

Em sua biografia consta que a Rainha Vitória recebeu o nome de Alexandrina Vitória. Filha de Vitória Maria Luísa e de Eduardo Augusto, Duque de Kent, quarto filho do rei Jorge III, nasceu no Palácio de Kensington, em Londres, a 24 de Maio de 1819. Com a morte do seu tio Guilherme IV, que não deixara descendentes, aos 18 anos, Vitória assumiu o trono, em 20 de Junho de 1837, dando início ao mais longo reinado da história da Inglaterra e um dos mais famosos, a “Era Vitoriana” (RAINHA VITÓRIA, 2010).

De início, a jovem Rainha foi guiada, política e socialmente, pelo Primeiro Ministro William Lamb (1779-1848), segundo Visconde de Melbourne. Este manteve sobre a Rainha grande influência, até ela casar-se com seu primo Alberto, Príncipe de Saxe-Coburgo-Gotha, a 10 de Maio de 1840. Seu pai, Eduardo Augusto, Duque de Kent, irmão mais novo de Guilherme IV, morreu em 1820 quando ela era ainda uma criança. Sua mãe, a alemã Vitória Maria Luísa, a deixou entregue aos cuidados da governanta de origem alemã, a Baronesa Lehzen, que já aos seus 11 anos alertou-a para o fato de ser uma presumível candidata ao trono da Inglaterra, com quem ficou até o seu casamento (RAINHA VITÓRIA, 2010).

Em 1861, Alberto, o marido da Rainha Vitória morreu, deixando-a com nove descendentes. Sua primeira filha, também chamada Vitória, veio a ser imperatriz alemã, e o segundo filho foi o Rei Eduardo VII. Em 1887 celebrou-se um dos mais importantes eventos do seu reinado: o jubileu comemorativo dos seus 50 anos de reinado. Nesta cerimônia, a Rainha compareceu em público, na missa da Ação de Graças na Abadia de Westminster, num evento que ajudou a organizar e no qual estavam presentes representantes de todas as partes do império (RAINHA VITÓRIA, 2010).

Em 1901, fechava-se um ciclo da história britânica, a Rainha Vitória morreu em sua residência de Osborne após prolongada doença. Uma das últimas pessoas a

visitá-la foi o seu neto Guilherme II, o imperador germânico, que na Primeira Guerra Mundial lideraria a Alemanha contra a Inglaterra (RAINHA VITÓRIA, 2010).

Dos 81 anos vividos, a Rainha Vitoria da Inglaterra (1819-1901) passou seis anos e seis meses grávida de seus nove filhos. Uma tortura para quem achava a gestação insuportável, sentia-se parecida com "uma vaca", temia o parto e achava os recém-nascidos feios (CORDEIRO, 2010, p.8). Nos partos dos dois últimos herdeiros, ela conquistaria a possibilidade do uso da anestesia a partir de uma técnica que revolucionou a ciência.

Os efeitos da ausência da dor³ chegaram à Rainha Vitória em 7 de abril de 1853, no Palácio de Buckingham, em Londres, quando deu à luz ao seu filho, Leopoldo, Duque de Albany, cloroformizada. Seu parto foi descrito pelo pesquisador histórico Henrique Estêvão Hartmann, e publicado por seu neto Jürgen Thorwald, no livro *O Século dos Cirurgiões* (THORWALD, 2002) do qual foi elaborada uma síntese que vai da descoberta do clorofórmio a sua utilização em Vitória.

Na noite de 4 de novembro de 1847 James Simpson descobriu o efeito anestésico do clorofórmio. Sua sala de jantar transformada em laboratório de inalações pelo espaço de um ano, fora palco de tal feito. Durante este período ele, a esposa e mais dois colegas experimentaram “toda substância volátil, todo gás que fosse possível encontrar na Grã-Bretanha” (p. 143). Por meses não obteve resultados. Algumas das substâncias eram tão ruins que os efeitos encontrados eram, na melhor das hipóteses, intoxicantes. Testavam todas as soluções da mesma maneira, ou seja, colocando uma colher de sopa do líquido em um copo. Se a substância em questão não evaporasse como esperavam, passavam-na a outro

³ Um dos precursores da analgesia inalatória, Horace Wells (1815-1848), era um dentista americano dedicado a pesquisas sobre o óxido nitroso e seu uso como narcotizante. Procurou Charles Thomas Jackson (1805-1880), um geólogo perito em vários ramos da ciência, para demonstrar sua descoberta. Jackson desencorajou-o, argumentando que várias pessoas já haviam tentado eliminar a dor, por várias formas e durante milhares de anos. Algum tempo depois, William Morton também procurou Jackson, dessa vez para realizar estudos sobre o éter. Jackson disputou com Morse a invenção do telégrafo. Pouco tempo depois atribuiu-se a autoria da sondagem gástrica e da anestesia. Para Hartmann, Jackson era soberbo e arrogante, sugerindo inclusive que reivindicava autorias em “bases duvidosas” (THORWALD, 2002, p. 114), parece que Jackson padeceu em consequência da falta daquilo que hoje chamamos de “autoria”. Para Foucault, o autor não funciona como um nome próprio; a relação entre o autor e aquilo que nomeia não é isomorfa com a relação entre o nome próprio e o indivíduo que designa. “A função autor é, pois, característica do modo de existência, de circulação e de funcionamento, de alguns discursos dentro da sociedade (CASTRO, 2009, p. 47).

copo, agora com água quente, encostando a boca e o nariz à borda deste copo a fim de proceder a inalação. Ao experimentarem o clorofórmio notaram que o efeito observado logo após a inalação era de alegria: manifestada por meio de cantorias e danças. De repente ouviu-se um estrondo, Dr. Dunkam foi o primeiro a cair,

[...] de pernas e braços abertos, com os olhos arregalados para o teto da sala; e começou a roncar. O Dr. Keith caiu perto da sua cadeira, esticou as pernas no ar e elas lhe recaíram na mesa, movendo os pés de cá pra lá, no meio da louça. [...] e o Professor James Young Simpson [...] também roncava, enrodilhado no assoalho (THORWALD, 2002, p. 147).

A surpresa e excitação quanto à descoberta parece terem sido grandes, pois na descrição encontrada, mal os experimentadores sentiam-se suficientemente refeitos, voltavam a aspirar o clorofórmio

[...] os que ficavam acordados picavam os dormentes com agulhas em várias partes do corpo. Mas a insensibilidade à dor era pelo menos tão grande como quando sob ação do éter [...] Quando o vidro de clorofórmio ficou vazio, às 3 horas da madrugada não havia dúvidas, acabávamos de descobrir um novo agente de narcotização, e o clorofórmio tinha um cheiro muito mais agradável, não irritava tão evidentemente os brônquios, não provocava acessos de tosse (p. 147).

Em 1834, o francês Duman havia nomeado a solução. Mas foi Simpson quem descreveu a ação do clorofórmio como mais rápida que a do éter e com um período de agitação, antes do efeito anestésico, essencialmente mais breve. Uma pequena dose de clorofórmio, muito menor do que a de éter, mostrara-se suficiente para a narcotização. “Assim se deu a descoberta do clorofórmio” (p. 148).

Dez dias depois deste experimento, Simpson comunicou a descoberta à Sociedade de Medicina e Cirurgia. Quinze dias após publicar o relato da experiência, já teria usado o clorofórmio em cinquenta pacientes, todos com o êxito esperado. Descoberto o efeito narcotizante do clorofórmio, o professor Simpson passou a utilizá-lo em partos, em larga escala, tornando clorofórmio e parto indolor “inseparáveis” (p. 151).

Entretanto as igrejas e os médicos estritamente devotos combatiam a cloroformização do parto. Utilizavam como munição para o combate, a frase bíblica do livro Gênesis, Cap. III, vers. 16: “Darás à luz com dores os teus filhos” (p. 151). Simpson encarou com ironia, satirizando os adversários do clorofórmio ao opor o versículo 21 do Gênesis, capítulo II: “E o Senhor mergulhou Adão em profundo sono.

Ele dormiu e o Senhor tirou-lhe uma costela”, considerando que aí estaria a permissão divina para a anestesia (THORWALD, 2002, p. 152).

Assim que, vinte anos após a nomeação do gás e seis anos da descoberta de seu efeito narcotizador, em 7 de abril de 1853, em Londres, se deu a notícia “excepcional e sensacional” (p. 154): a Rainha Vitória, a grande soberana do século, dera à luz no palácio de Buckingham, cloroformizada por John Snow, o primeiro “especialista em anestesia” (p. 154) na cidade de Londres, por desejo expresso de Sua Majestade e do Príncipe Consorte, ocorrendo o parto sem dor, sem o menor transtorno.

Além de John Snow, seu parto foi assistido por três médicos parteiros: Locock, auxiliado por Clarck e Fergusson. O lenço embebido em “mais ou menos trinta gotas” foi aproximado da boca e das narinas de Vitória por John Snow (p. 157). A reação da “régia parturiente” (p.158), para alívio de todos os que a assistiam, foi imediata. Conforme registrado por Thorwald (2002), “Snow teve de aplicar mais quinze vezes, entre quinze a vinte gotas de clorofórmio” (p.158). E após trinta e cinco minutos de tensão, nasceu o Príncipe Leopoldo, sem nenhuma dificuldade ou manifestação de sofrimento por parte da Rainha.

Hartmann, o avô do historiador utilizado em grande parte para a descrição da história que narro, mesmo sendo estranho à corte inglesa, foi quem mais informações pôde apurar sobre os dois partos da Rainha realizados sob narcose com clorofórmio. Em suas narrativas consta que em 4 de abril de 1857, assistida novamente por John Snow, a soberana inglesa deu à luz a Princesa Beatriz da Grã Bretanha em seu segundo parto sob analgesia (THORWALD, 2002).

John Snow, assim como Simpson, dedicara anos ao estudo da narcose, em particular da cloroformização. Estudara metodicamente primeiro os efeitos do éter, depois os do clorofórmio sobre o organismo humano. Realizara numerosas experiências em si mesmo para que houvesse clareza quanto a quantidade de clorofórmio necessária para amortecer a sensibilidade e para produzir a inconsciência, com o intuito de encontrar a certeza do ponto onde chegaria à insensibilização sem alcançar a inconsciência. A partir de seus estudos desenvolveu um “método brando de anestesia aplicada ao parto”, chamado “método entorpecente” ou “narcose intermitente” (p. 156). Conforme essa metodologia, a paciente não era mantida em narcose duradoura. Ela recebia uma dose mínima de

clorofórmio para inalação no início do trabalho de parto, e a máscara era retirada assim que as dores cessassem. Esse processo era repetido quantas vezes fossem necessárias, conforme a dor se prolongasse. “Administrava inicialmente dezesseis gotas; nas doses seguintes dezoito” (THORWALD, 2002, p. 156). Foi com esta técnica que a Rainha Vitória recebeu o clorofórmio. A decisão quanto à utilização da droga foi tomada pelo Príncipe Consorte, que teve longa conversa com Snow, questionando-o sobre a anestesia, o parto indolor e seus possíveis perigos. Para Thorwald, o Príncipe Alberto, teria lido os escritos de Snow sobre seus experimentos e apresentava-se muito bem informado.

Partícipe da decisão do Príncipe Alberto, estava o Barão Stockmar, seu mais íntimo confidente e médico alemão. Ambos mostravam-se muito entusiasmados pelas descobertas, mas o grande aliado teria sido o “amor apaixonado de Alberto à Rainha, cujos padecimentos nos partos anteriores muito o tinham feito sofrer” (p. 157).

3 GISELE BÜNDCHEN: um modo de “Parto Humanizado”

Esse capítulo é dedicado às descrições sobre a “übermodel”⁴ Gisele Bündchen em algumas circunstâncias de seu parto, seu preparo e sua experiência.

Nascida no dia 20 de Julho de 1980, Gisele tem cinco irmãs, uma das quais é gêmea com ela. Quando criança, Gisele praticava balé, ginástica olímpica, atletismo e vôlei. Segundo relato publicado em seu *site* oficial, Gisele sempre foi “obcecada pelo esporte” e considera o fato de ter vivido no interior do estado do Rio Grande do Sul, uma condição determinante para ter “aproveitado muito sua infância” (BÜNDCHEN, 2010a).

Um ano antes de participar do baile de debutantes, evento tradicional em sua cidade natal, Horizontina-RS, Gisele participou de um curso de modelo a fim de melhorar sua postura ao caminhar. Entre as atividades finais do curso estava uma viagem realizada para Curitiba, Rio de Janeiro e São Paulo que acabou abrindo-lhe as portas para a carreira. Ainda aos 14 anos mudou-se para a cidade de São Paulo e, morando sozinha, começou a fazer inúmeros testes em busca de trabalhos. Após muitos ‘nãos’, encarados como desafio, algumas oportunidades começaram a surgir. Entre outras resistências encontradas, lembra de alguns comentários que poderiam ser encarados como desestimulantes, entre os quais o de que ela não servia para capa de revista, pois seu nariz era muito grande. É Gisele quem diz que além da disciplina e persistência, estava sua determinação em “provar que realmente poderia fazer aquilo” (BÜNDCHEN, 2010a).

Na atualidade, Gisele é reconhecida por sua competência como modelo, vista como mulher que “segue fiel as suas raízes”. Descreve-se muito ligada à natureza, quando diz que seu lugar preferido é “qualquer lugar que tenha sol, mata ou mar”, onde sente-se mais dona de si por estar “rodeada pela natureza”. É Embaixadora da Boa Vontade, defende os ideais de temas que versam sobre o cuidado com o planeta e, por isso, participa de campanhas de conscientização para a preservação do meio ambiente (BÜNDCHEN, 2010a).

“A fera está de volta!” Este foi o chamado da entrevista exclusiva de Gisele Bündchen concedida ao Programa Fantástico⁵, no dia 31 de janeiro de 2010, ao

⁴ *Über* em alemão significa acima, sobre; *model*: termo inglês que significa modelo. A associação destes termos designa especificamente o sucesso atingido pela modelo brasileira Gisele Bündchen.

reiniciar o seu trabalho de modelo após a gestação. Quando questionada sobre isso exclamou admirada: “Quatro meses?! [...] Bom, é o máximo de tempo que fiquei afastada desde que comecei a trabalhar aos 14 anos [...] com certeza! Nunca fiquei quatro meses sem trabalhar!” (BÜNDCHEN, 2010b).

O primeiro trabalho de Gisele depois da gravidez foi feito para uma “marca” de roupas brasileira. Na ocasião, Gisele revelou que o recomeço foi difícil. Demonstrava preocupação quanto ao trabalho questionando-se “[...] será que eu vou conseguir incorporar?!” Diz que, na primeira foto ainda estava meio perdida com a luz, “[...] fui ficando confortável com o meu corpo de novo. Depois da segunda foto eu consegui. Graças a Deus!”, conta Gisele (BÜNDCHEN, 2010b).

O corpo foi considerado pela imprensa impecavelmente em forma, seis semanas após o parto. O fato de ser considerada boa de garfo e de sobremesa parece nada ter interferido em sua aparência. Seu *site* oficial revela seus pratos preferidos: “entre a lasanha, sopa com pastel e galinha com nata da mãe e o churrasco ou o bife com queijo do pai, fico com todos. Acho que não posso escolher, não tem nada como comida caseira feita pelos meus pais” (BÜNDCHEN, 2010a).

Reconhecida pela mídia por seu “corpo esguio e o rosto marcante”, como foi descrita na entrevista, Gisele conquistou o mundo da moda e é considerada a modelo mais bem paga atualmente. Continua circulando em passarelas internacionais, foi capa das principais revistas de moda e tem contratos milionários com as maiores marcas de roupas e produtos cosméticos (BÜNDCHEN, 2010b).

Além de *top model*, agora Gisele Bündchen é uma mãe famosa. Ficou grávida logo após o casamento, em fevereiro de 2009, com o jogador de futebol americano Tom Brady, ídolo nos Estados Unidos, que joga como *quarterback* - jogador responsável pelos passes - e é, também, um modelo em sua atuação profissional. O jovem casal, admirado pela beleza física, pela fama e sucesso, atrai a atenção das máquinas fotográficas e do público por todo o lugar onde passam, apesar de seu empenho em manter a vida da família com discrição. Assim, ao pedido da jornalista que a entrevistou, para que mostrasse uma foto do bebê, Gisele respondeu que carregava foto com ela, mas não poderia mostrar, pois era sua intenção preservar ao máximo a privacidade dele. Aproveitou a oportunidade para

⁵ **Fantástico** é um programa da televisão brasileira, no formato de Revista Eletrônica Semanal. É exibido aos domingos pela Rede Globo desde 5 de agosto de 1973 e atinge cerca de 22 milhões de espectadores em todo o país (GOMES, 2006).

esclarecer: esse é o trabalho dela, ela trabalha com a mídia, ela tem que aparecer em fotos e filmes para a televisão, “mas ele não. Ele é meu filho só. Ele não precisa disso” (BÜNDCHEN, 2010b).

A gravidez não afastou Gisele do trabalho. Suas atividades profissionais estenderam-se até o oitavo mês. Mas a atenção com a saúde é descrita como uma constante e por isso ela procurou manter uma dieta saudável e realizar exercícios físicos para exercitar corpo e mente, como ela mesma conta em entrevista à revista CARAS (BÜNDCHEN, 2010c): “eu queria estar muito saudável para o meu filho. Tudo o que eu comia, eu tinha noção de que estava indo para ele”. Quanto ao exercício físico, Gisele praticou *kung fu* até os nove meses de gravidez além de Yoga, pois considera que tais práticas fazem “bem para a mente”. Afirma achar “engraçado quando as pessoas associam yoga somente ao exercício, pois tem muito mais a ver com uma filosofia de vida” não praticando a yoga mais radical e sim a “a *hatha*, uma das mais tranquilas”.

Mas foi somente alguns dias após o 8 de dezembro de 2009, dia do nascimento de seu filho, que soube-se da forma como Gisele havia escolhido para o parto. Até então, jornais do mundo inteiro divulgavam o nascimento do bebê, mas não se sabia onde ou em que circunstâncias ocorrera. Alguns noticiários afirmaram, inclusive, que ele havia nascido em um hospital em Boston. Algumas semanas mais tarde, Gisele gravou entrevista ao programa Fantástico afirmando que teve o parto em sua casa.

O meu foi na banheira. Foi um parto na água. É que eu me preparei muito. Eu queria muito ter um parto em casa, sempre achei muito importante [...] Eu queria ter muita consciência na hora do parto. Eu queria estar consciente e presente do que estava acontecendo. Eu não queria estar tipo assim, dopada, anestesiada. Eu queria sentir [...] Então, eu fiz bastante preparo. (BÜNDCHEN, 2010b).

Na mesma entrevista, reforçou o que já havia dito em outras oportunidades: praticou bastante yoga e meditação antes do parto, creditando ao seu preparo o sucesso do parto e do nascimento e descrevendo-os como “super tranquilos”. Quanto ao filho recém-nascido, Gisele afirma que “ele é um anjinho” atribuindo tal condição ao tipo de parto. “Ele nasceu, não chorou, ficou o tempo inteiro no meu colo desde o momento que nasceu. Ele nunca saiu de perto de mim”.

Quanto às pessoas que a acompanharam no nascimento, Gisele cita a mãe, o marido e a parteira. Disse também, que seu parto não foi dolorido. Concentrou-se em seu objetivo e a cada contração não pensava na dor, mas no resultado do seu trabalho de parto, repetindo: “o meu bebê está mais perto, ele está chegando mais perto de mim”. Assim, viu a dor se transformar na “esperança de ver ele chegar mais perto”, durante as oito horas de duração do seu trabalho de parto (BÜNDCHEN, 2010b).

Já, quanto ao seu período de recuperação pós-parto, lembra que “no segundo dia já estava caminhando, lavando a louça, fazendo panqueca [e pensando] ‘tipo assim’, vamos embora, bola para frente, eu não tenho tempo para ficar sentada na cama”. Com tais narrativas, Gisele mostra as possibilidades do poder e do saber sobre as condições de saúde física e emocional e da disciplina em relação a sua vida, a sua família e a sua profissão (BÜNDCHEN, 2010b).

Para Gisele a maternidade tem sido relatada como uma “aventura maravilhosa”. Escutava as pessoas falarem sobre a maternidade, mas foi ao experienciá-la, e da maneira escolhida, que a tornou “mais feliz”, uma vez que nunca havia pensado que “pudesse amar assim”. Afirma que sua relação com o bebê ocupa-a durante as 24 horas do dia; que sua vida e tudo que tem vivido é “em função dele”. Ao olhá-lo pensa nessa relação como um sentimento de doação, de não pensar mais somente em si. Percebe, então, que após o parto, a primeira vez que se viu no espelho, foi quando chegou ao estúdio (BÜNDCHEN, 2010b).

Diferentemente da Rainha Vitória, que se recusou a amamentar, como a maioria das mulheres⁶ da idade média até a metade do século XX (DeMAUSE, 1974), Gisele mostra-se cuidadosa e imersa nas práticas relacionadas à amamentação exclusiva. A jornalista que realizou a entrevista para o Fantástico diz que Gisele entrou no camarim pedindo pressa, pois queria ir embora logo, para amamentar Benjamim e explicou: “ele está mamando só no peito”. Em outro trecho da entrevista refere que amamenta a “cada duas horas”. Sem dormir muito bem, esquece tudo isso “quando vê a carinha do anjinho [e pensa]: ‘Meu, esquece’. Está tudo ali. Isso é que é o mais importante” (BÜNDCHEN, 2010b).

⁶ A classificação do homem como mamífero, era recente, tendo se dado em meados do século XVIII, pelo hoje considerado o pai da taxonomia moderna, Carl Linné (1707-1778), conhecido por Lineu médico e botânico sueco.

Gisele conta com a ajuda da sua “super mãe”, como denomina D. Vânia, para poder descansar com o filho por perto. Afirma que se não contasse com tal auxílio “não iria dormir nunca”. Com a mãe por perto para cuidar do filho enquanto descansa, fica tranquila quanto ao bem estar de seu rebento e propõe-se: “quero ser uma mãe tão maravilhosa quanto a minha mãe foi para mim” (BÜNDCHEN, 2010b).

Parte difícil, ela contou nessa mesma entrevista, foi a escolha do nome do bebê. O casal queria um nome que soasse bem no idioma inglês e também em português, já que ela é brasileira e o marido norte americano. Isto trouxe à baila a questão do sotaque das pessoas que pronunciassem o nome do filho. “Adoro David”, conta Gisele, no entanto o marido não gostava. Gostava também de Joaquim, mas o marido pensava que com a pronúncia em outros países o filho seria chamado de “Roaquin” e não iria ficar bom. Escolheram, então, um nome que ambos gostassem e que ficasse bem nos dois idiomas. Gisele não queria um nome americano, justificando: “meu filho é brasileiro. Que história é essa? Eu moro aqui nos EUA e ele vai falar inglês. E vai também fazer parte dessa cultura. O pai dele é americano, [...] mas ele também é Bündchen. Ele não é só Brady, não!” (BÜNDCHEN, 2010b).

Gisele considera a maternidade uma forma de riqueza. Pensa que não há “como passar por uma experiência dessas e não mudar [...] as prioridades mudam [...] nada mais é importante do que o filho...” é com este objetivo que Gisele projeta ser a melhor mãe possível, ficar mais saudável, e criar condições “para ser a melhor mãe que possa ser para ele” (BÜNDCHEN, 2010b).

4 FOUCAULT E OS MODOS DE PARTO

Michel Foucault, filósofo francês que fez do “pensamento uma prática ativa de problematizar as questões do seu tempo” (CASTRO, 2009), foi o pensador por mim escolhido para discutir o tema proposto. Daí, trazer alguns de seus conceitos para entender as diferenças existentes nos discursos que selecionei, ocorridos nas diferentes épocas, e que estão relacionados às práticas escolhidas pela Rainha Vitória e por Gisele Bündchen em seus partos. Discursos esses, produzidos conforme as sociedades e seus governos, das quais destaco a sociedade soberana e a sociedade disciplinar (FOUCAULT, 1999a), e ainda, uma terceira, denominada por Deleuze de sociedade de controle (CASTRO, 2009).

Na sociedade soberana o território é o objeto de poder do soberano, ou seja, o governo do soberano dá-se sobre o território e tudo que nele habita: animais, casas, seres humanos e os produtos de seu trabalho. Neste modelo de sociedade o governo se dá pela vontade do soberano, de maneira que as pessoas são deixadas viver, ou levadas a morrer conforme essa vontade (GARCETE, 2009).

Ao final do século XVIII emerge a sociedade disciplinar, com características específicas. Neste momento o poder arbitrário dos soberanos deixa de existir formalmente como forma de governo e o indivíduo é considerado passível de correção, havendo um deslocamento do poder do soberano para o poder judiciário. Deixam de existir as punições exibidas em praças públicas e passa-se à vigilância, os indivíduos devem obedecer às regras, hábitos e ordens sociais (FOUCAULT, 1999c). A normatização é a principal forma de poder, uma vez que a partir das normas criam-se modelos a serem seguidos, estilos de vida, de consumo, criando outras maneiras de significar o mundo. Com essa normatização, torna-se possível distinguir o normal do anormal, formando-se dispositivos para que se mantenha tudo e todos dentro dos limites do aceitável para convivência e sobrevivência social. Neste modelo de sociedade há a necessidade de vigilância constante para que o disciplinamento do cidadão seja direcionado à manutenção da vida (GARCETE, 2009).

A partir do disciplinamento e da vigilância, emerge a sociedade de controle, onde há a implementação progressiva e dispersa de um novo poder, desta vez à distância, onde a disciplina e os indivíduos podem estar sob os efeitos dos

dispositivos disciplinares, independente da presença visível de algum tipo de autoridade (LOPES; SANTOS, 2010). É a partir do panóptico, invenção tecnológica arquitetônica de Jeremy Bentham, que o controle dá-se por meio da visibilidade total e permanente dos indivíduos, tornando-se um dispositivo central nesse modelo de sistema social de controle e vigilância. Foucault (1999c) descreve-o como segue.

O princípio é: na periferia, uma construção em anel; no centro, uma torre; esta possui grandes janelas que se abrem para a parte interior do anel. A construção periférica é dividida em celas, cada uma ocupando toda a largura da construção. Estas celas têm duas janelas: uma abrindo-se para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, dando para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de um lado a outro. Basta então colocar um vigia na torre central e em cada cela trancafiar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um estudante. Devido ao efeito de contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se na luminosidade, as pequenas silhuetas prisioneiras nas celas da periferia. Em suma, inverte-se o princípio da masmorra; a luz e o olhar de um vigia captam melhor que o escuro que, no fundo, protegia (p. 115).

Pode-se dizer que nas sociedades atuais, o dispositivo “Panóptico” mantém sua importância central e ativa, produzindo formas de controle implementadas por novas tecnologias. Por possuírem uma parcela mínima de materialidade, não necessitam de construções específicas e são instalados no interior de espaços já existentes. Enquanto na sociedade disciplinar o observador está presente, em tempo real, observando e vigiando os indivíduos, na sociedade de controle esta vigilância é, muitas vezes, realizada pelo próprio indivíduo sem que ele se dê conta: uma vigilância de si por si mesmo, de acordo com o que é aprendido, apreendido, ouvido, legislado, constituído, normatizado, verdadeiro em cada época. Entretanto, o efeito causado nos indivíduos parece ser o mesmo: são ao mesmo tempo visíveis e incapazes de ver (LOPES; SANTOS, 2010). A disciplina desta forma de exercício do poder, que tem por objeto os corpos e por objetivo sua normatização, se elaborou a partir do momento em que o exercício monárquico do poder tornou-se demasiadamente custoso e pouco eficaz. Gisele, mulher sob vigilância contínua, foco dos olhares do mundo, é um exemplo dessa “técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos”, onde é “preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares” (CASTRO, 2009, p.110).

Percebe-se então, rupturas importantes em relação a estas formas de sociedade. A “era vitoriana”, termo utilizado devido à forte influência da Rainha

Vitória à época, teve como características peculiares a consolidação dos conceitos de dignidade, autoridade e respeito à família, sendo associada a um moralismo conservador, principalmente na questão da sexualidade, ou seja, a invenção de normas no terreno da moral e dos costumes (ALMEIDA, 2008). Nas sociedades em que preponderaram outras formas de ser, não se dispensam tais valores, no entanto, estes são experienciados sob outros enfoques: não mais de um governo que deixa viver e faz morrer, mas de governos que fazem viver e deixam morrer, ou seja, colocam a vida das populações na história de seus governos permitindo a morte quando a vida não for mais possível.

Vitória apenas deixava seus filhos viverem, cuidados por amas. A cultura da gestação compartilhada não existia naquela sociedade. Muitas mulheres quando sabiam-se grávidas, davam a conhecer sua gestação próximo ao parto ou no momento em que este ocorria. Os conhecimentos sobre gestação e parto que chegaram à atualidade são cercados de vergonha, pudor, desconhecimento e mitos estimulados pela Igreja que exercia forte influência soberana. Daí que, o amor carinhoso e a dedicação materna, tais quais são conhecidos atualmente, e observados na relação de Gisele com Benjamin, não foram encontrados em alguma descrição, à época da Rainha Vitória. Isso, porque a criação do “ideal de maternidade” que conhecemos hoje, surge a partir do século XVIII quando a medicina passa a ver as mulheres como possuidoras de uma sexualidade própria, entendendo seus órgãos não como um similar defeituoso ou não evoluído dos órgãos masculinos, mas tendo funções específicas (FELIPE, 2003).

Para Badinter (1985), o amor materno não constitui um sentimento inerente à condição de mulher. Ele não é determinado, mas um sentimento produzido de acordo com as relações construídas na sociedade, apresentando-se diferentemente a partir do século XIX. A história mostra que nos séculos XVII e XVIII, mulheres em condições sociais diferenciadas, inclusive as da “nobreza”, entregavam suas crianças, logo após o nascimento, para que as amas as criassem. Não se tratava de esconder as crianças nascidas fora do casamento, mas de criá-las fora das relações conjugais como uma maneira de melhor criá-las.

Foucault (1985), em seus estudos destaca que a estrutura matrimonial, ao assumir um papel regulador das relações, tornou-se ao mesmo tempo o mais forte dos vínculos individuais e o único lugar dos prazeres legítimos desde que o ato

sexual fosse praticado conforme os ditames da Igreja, dentro do casamento. Numa sociedade soberana, os efeitos esperados do casamento era a continuidade de práticas e tradições relacionados ao território. Na atualidade, o casamento tem sido valorizado como forma de manter a vida das pessoas por meio de suas relações entre si e o Estado, fazendo com que a família passe a ser considerada instrumento privilegiado deste Estado para a manutenção da vida das populações, agindo de forma solidária e econômica em prol deste Estado (FOUCAULT, 1999a).

Foi com a entrada da vida e da população como tópicos centrais para o governo dos estados, criados na modernidade, que os acontecimentos na sociedade foram tomados como importantes para os governantes. Ao esboçar uma genealogia sobre os modos como os homens constroem saberes em relação a eles mesmos, Foucault (1994b) reflete a respeito das técnicas utilizadas neste processo, dividindo-as em quatro grandes grupos, que raramente funcionariam em separado. São eles: 1- técnicas de produção, 2- técnicas de sistemas de signos, 3- técnicas de poder, 4- técnicas de si. Nos dois últimos grupos, centram-se os estudos de Foucault sobre as técnicas de dominação, que objetivam o sujeito, determinando a conduta dos indivíduos; e sobre as técnicas de si, que permitem que os indivíduos executem operações, transformando seus corpos e almas, suas condutas, pensamentos e modos de ser. O encontro desses dois grupos de técnicas é chamado por Foucault de “governamentalidade”.

Foucault (1994b) afirma que a leitura e a escrita de si são exercícios de conhecimentos das verdades, o que me faz ressaltar uma prática de Gisele, que exercita suas verdades por meio de seu *blog*. Lá, ela descreve narrativas sobre sua infância, suas atividades, preferências culinárias e esportivas, como formas de dar-se a conhecer que é, ao mesmo tempo, uma prática da “escrita de si”. Conhecendo-se, Gisele identifica quais práticas serão úteis na busca de seus objetivos. Para ela, o exercício físico e mental, como o *kung fu* e a *yoga*, que considera sua “filosofia de vida”, modula seu corpo e seu espírito que considera uma só estrutura. Assim, a escrita de si supõe que o sujeito precise, antes, realizar uma “leitura de si”. Daí que, para conseguir narrar-se é necessário conhecer-se, pois “o conhecimento de si torna-se o objeto da busca do cuidado de si”.

No discurso de Gisele pode-se identificar a renúncia a que Foucault (1999c) se refere, quando afirma que para conhecermos e nos conhecermos muitas

renúncias estão envolvidas, ou seja, para saber o que se quer, é preciso saber o que não se quer e muitas vezes aceitar a renúncia do que se quer no todo ou em partes. Ela conta em entrevista sobre o preparo de seu conhecimento para a hora de seu parto assistindo muitos filmes sobre parto normal, e não admitiria outra opção, a única opção que existia era ter seu filho em casa. Fez sua escolha, renunciou alternativas e a partir da sua disciplina, atingiu seu objetivo.

Tais práticas tornaram-se centrais para a ciência. Possibilitaram conhecer o corpo por meio de descrições detalhadas dos exames de suas partes. O corpo, minuciosamente retalhado, explorado e descrito, pode ser conhecido, dominado e transformado ao ser decomposto em partes cada vez menores (MEYER, 2001). O corpo, também criou saberes, ou seja, a “possibilidade de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso” (FOUCAULT, 2005, p. 204). E para que seja ampliado o saber de si, faz-se necessário que sejam divulgados os saberes construídos (FOUCAULT, 1994b).

As descrições dos experimentos anestésicos e a divulgação da notícia do “parto sem dor” da Rainha Vitória mobilizaram as mulheres vitorianas para a novidade, tornando o parto sob analgesia objeto de seus desejos. Um século e meio mais tarde, Gisele Bündchen, uma Rainha em sua época, instiga mulheres, em plena vigência da ciência e das evidências científicas, a inventarem para si formas diferentes de parir, a partir da narrativa de suas experiências, quer em revistas, *blogs* ou eventos científicos. Vitória e Gisele, tendo suas experiências divulgadas na mídia, fizeram com que mais mulheres tivessem contato com outros saberes, podendo assim, ampliar suas possibilidades de escolha na hora de decidir sobre o que pode ser melhor em seus partos e para si.

Penso que a Rainha Vitória e a modelo Gisele Bündchen, tiveram seus modos de vida descritos como obras de arte. E as obras de arte para serem conhecidas e reconhecidas precisam de divulgação. É isto que faz delas algo grandioso, marcante, servindo de exemplo desejado. Como obra de arte, agrada a alguns e não a outros... e são acompanhadas mundialmente pela população que tem nas pessoas tornadas famosas exemplos a serem seguidos (FOUCAULT, 1994b).

As descrições aqui realizadas procuraram mostrar que as possibilidades de escolha de Vitória, bem como de Gisele para seus partos deram-se a partir de um

conjunto de “procedimentos, análises, reflexões, cálculos e táticas” que permitem exercer essa forma específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 1999a, p. 171) nos quais o cuidar-se faz parte.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as aulas na disciplina de Saúde da Mulher, no sexto semestre de minha graduação, tive a sensação de estar apaixonada. Pude lembrar-me do porquê havia escolhido a enfermagem como minha profissão: eu queria ajudar as mulheres a ganharem seus filhos. Foi na prática assistencial que comecei a questionar algumas rotinas e a pensar: por que não pode ser diferente?

Ao preparar este trabalho encontrei no manual do Ministério da Saúde Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, descrições de diversas práticas utilizadas, inclusive as consideradas inadequadas. No entanto, em relação às práticas relacionadas ao alívio da dor, não basta que estejam listadas como inadequadas para que deixem de ser utilizadas. Mesmo não havendo evidências científicas para sua utilização, percebe-se que as influências culturais são fatores fortemente inseridos na sociedade, e por isso com poder de circulação entre os indivíduos mesmo na vigência de saberes que as contra-indiquem.

Mergulhei na época da Rainha e tive dificuldades para encontrar informações sobre o nascimento de seus filhos. O principal livro utilizado para a busca dos dados, traz informações riquíssimas sobre práticas cirúrgicas utilizadas no parto e as circunstâncias de sua implementação. No entanto as informações apresentam-se muitas vezes de maneira confusa, fazendo com que fosse necessário buscar confirmação em outras fontes.

Quanto à Gisele, ouvi centenas de vezes suas entrevistas. Encontrei-me com sua maneira muito simples e apaixonada de falar sobre seu parto e sua interação com o filho, fazendo-me sentir como se eu tivesse participado de sua experiência. Na **III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento**, ocorrido em Brasília-DF no final de novembro de 2010, Gisele dirigindo-se exclusivamente ao público presente no evento, por meio de mensagem gravada, reafirmou como seu, o famoso pensamento de Michel Odent (1981) ao dizer que para mudar o mundo é necessário mudar a forma de nascer.

Minha ideia era problematizar, divulgar, trazer questionamentos, fazer com que cada vez mais profissionais utilizem diferentes meios para garantir assistência de qualidade às mulheres durante a gestação e o parto. A partir da leitura de textos de Michel Foucault, tentei construir outra forma de entender as sociedades, de

pensar práticas, de perceber determinadas rupturas e possibilidades que “justificam” as escolhas realizadas conforme o momento histórico.

Acredito que as duas mulheres, Vitória e Gisele são modos de dizer o que pode ser escolhido em cada época, as dificuldades de realizar tais escolhas e a sensação que as narrativas dão aos leitores que, de certa forma, as mulheres podem ser “capitãs de seus próprios corpos e destinos” (BUNDCHEN, 2010a).

Minha proposta não foi apontar o “melhor” método, a decisão mais acertada. Acredito que essa escolha cabe a cada mulher, e pode ser tornada possível se as sociedades, com suas formas de governo, garantam-lhes o direito de serem governadas para viver, para cuidarem, para educarem e, também, governarem-se, cuidarem-se e educarem-se.

Parece que, se Vitória pudesse, não teria todos os filhos que teve e como teve. Gisele teve o filho que quis, como quis. Paradoxo? De um lado uma soberana que vivendo numa sociedade em que a ciência sedimenta a modernidade, controla sua vida submetendo-se à analgesia de parto. De outro lado, Gisele, outra mulher poderosa, vivendo a ciência em grande plenitude, faz o possível para que seu filho nasça de maneira que, à primeira impressão, parece um parto no estilo daqueles que ocorriam à era Vitoriana. Sociedades diferentes, saberes diferentes, outros poderes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francisco Eduardo Alves de. Plutarco e as biografias vitorianas no século da História. **Hist. Comparada**: revista do PP-GHC da UFRJ, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, dez. 2008. Disponível em: <http://www.hcomparada.ifcs.ufrj.br/revistahc/artigos/volume002_Num002_artigo002.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2010.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BÍBLIA. Português. Gênesis. Tradução Euclides Martins Balancin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Paulinas, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de políticas de saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p.

BUDO, Maria de Lourdes Denardin *et al.* A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2010.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BÜNDCHEN, Gisele. **Gisele Bündchen** 15 anos de carreira. Disponível em: <<http://www.giselebundchen.com.br/>> Acesso em 05 out. 2010a.

_____. **Gisele Bündchen conta como foi o parto normal e diz não ter babá**. [Exibido em:] 31 Jan. 2010. Entrevistadora: Giuliana Morrone. São Paulo: Rede Globo. Entrevista concedida ao programa Fantástico. Disponível em: <<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1470857-15605,00.html>> Acesso em: 05 out. 2010b.

_____. Gisele e seu Benjamin em Miami. [Entrevista]. **Rev. Caras**, São Paulo, ed. 884, v. 17, n. 42, 15 out. 2010. Disponível em: <<http://www.caras.com.br/edicoes/884/textos/gisele-e-seu-benjamin-em-miami/>>. Acesso em: 8 nov. 2010c.

CASTRO, Edgardo. **O vocabulário de Michel Foucault** : Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autência Editora, 2009

CORDEIRO, Tiago. O lado frágil da Rainha: mãe de nove filhos, Vitória pediu por anestesia no parto. **Aventuras na História**, São Paulo, n. 82, p.8-9, maio 2010.

DeMAUSE, Lloyd. **Historias de la Infancia**. Madrid: Alianza Editorial, 1992.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Sept. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2010.

FELIPE, Jane. Governando os corpos Femininos. **Labrys: estudos feministas**. Brasília (DF), n. 4, ago./dez. 2003. Disponível em:

<<http://vsites.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/jane1.htm>>. Acesso em: 03 ago. 2010.

FOUCAULT. Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **As técnicas de si**. Traduzido a partir de FOUCAULT, Michel. Dits et Écrits. Paris: Gallimard, 1994b, vol. IV, pp. 783-813, por Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves. Disponível em:

<<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/techniques.html>>. Acesso em 10 jun. 2010

_____. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.

_____. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1994a.

_____. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1999a.

_____. **Vigiar e punir**. Rio de Janeiro: Graal, 1999c.

GARCETE, Ana Lúcia Moreira. **A participação da doula no parto: relato de mulheres**. 2009. 37 f. : il. Trabalho de conclusão(graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2009. Ori.: Riffel, Mariene Jaeger.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE – Rev. Adm. Emp.**, São Paulo, v.35, n.2, p. 57-63, abr./jun. 1995.

GOMES, Luana Santana. **Fantástico – o show da vida**: gênero e modo de endereçamento em programas televisivos. Salvador: UFBA, 2006.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. xxxvi, 1115 p.: il.

LABIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

Ana Isabel; SANTOS, Sónia. **Da sociedade disciplinar à sociedade de controle**. 2010. Disponível em:
<<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/opombo/hfe/momentos/sociedade%20disciplinar/index.htm>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

LOWE, K. Nancy. The nature of labor pain. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 186, n. 5, p.16-24, May 2002. Supplement.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, Jun. 2006 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Dez. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342006000200017.

MERHY, Emerson. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997.
MEYER Dagmar E. Estermann. Cuidado e diferença: da integralidade à fragmentação do ser. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.2, p.21-38, jul.2001

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996

Rainha Vitória de Inglaterra (1819-1901). In: **Infopédia** [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2010. Disponível em: <[http://www.RAINHA_VITÓRIA,2010.pt/Rainha-vitoria-de-inglaterra-\(1819-1901\)](http://www.RAINHA_VITÓRIA,2010.pt/Rainha-vitoria-de-inglaterra-(1819-1901))>. Acesso em: 12 nov. 2010

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Carta de Campinas**. 1993. Disponível em:
<http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=397>. Acesso em: 03 maio 2010.

RUANO, Rodrigo et al. Dor do parto: sofrimento ou necessidade? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 5, Out. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2010.

THORWALD, Jürgen. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus. 2002. 352p.

VEIGA-NETO, Alfredo; FISCHER, Rosa Maria Bueno . Foucault, um diálogo. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 7-25, 2004.