UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

DEJAINA DIAS DE SOUZA

MEMÓRIAS DO PARIR

Reflexões sobre a forma como nascemos

São Cristóvão
2023

DEJAINA DIAS DE SOUZA

MEMÓRIAS DO PARIR

Reflexões sobre a forma como nascemos

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Antropologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Antropologia.

Orientador: Prof. Dr. Ugo Maia Andrade

São Cristóvão
2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

S729m

Souza, Dejaina Dias de
Memórias do parir : reflexões sobre a forma como nascemos / Dejaina Dias de Souza ; orientador Ugo Maia Andrade. – São Cristóvão, SE, 2023.
105 f. : il.

Dissertação (mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Sergipe, 2023.

1. Antropologia. 2. Parto (Obstetrícia). 3. Nascimento. 4. Dor. 5. Gestação. I. Andrade, Ugo Maia, orient. II. Título.

CDU 572.028: 612.63

RESUMO

Esta pesquisa está situada na área da Antropologia do Parto e busca compreender, a partir das memórias do período de gestação e parto de seis mulheres, suas percepções a respeito da dor, do corpo e a capacidade de parir, além do entendimento a respeito dos tipos de parto praticados no modelo obstétrico tecnocrático, preponderante no Brasil, onde a supremacia do discurso médico parece se sobrepor aos aspectos culturais das mulheres, impossibilitando, muitas vezes, que elas protagonizem integralmente o processo de parturição. Através de entrevistadas semiestruturadas, foram ouvidas seis mulheres, com idade entre 31 e 80 anos, entre os meses de janeiro e março de 2022, que passaram por diferentes tipos de parto: natural, normal e cesariana, em domicílio e em instituições de saúde, no Estado de Sergipe.

Palavras-chave: parto, dor, gestação

ABSTRACT

This research is located in the area of Anthropology of Childbirth and seeks to understand, from the memories of the period of pregnancy and childbirth of six women, their perceptions regarding pain, the body and the ability to give birth, in addition to understanding the types of practices practiced in the technocratic obstetric model, prevalent in Brazil, where the supremacy of the medical discourse seems to overlap with the cultural aspects of women, often making it impossible for them to be integral protagonists in the parturition process. Through semi-structured interviews, six women aged between 31 and 80 years were heard, between the months of January and March 2022, who underwent different types of delivery: natural, normal and cesarean section, at home and in health institutions, in the State of Sergipe.

Keywords: childbirth, pain, pregnancy

Agradecimentos

Há muito a quem agradecer. Foi um processo longo, desafiador e permeado de provações. E são às pessoas que incentivaram à continuidade da pesquisa e do curso de mestrado a quem mais guardo gratidão. A minha força maior, “o fogo do meu coração”, parafraseando meu filho de 9 anos, Bernard, algumas vezes teve a chama diminuída, quando se tratava da pesquisa. Mas encontrei em Bernard, meu companheiro, meu filho, sogros, minha mãe, irmãos e amigos mais próximos e meu orientador, Ugo Maia, combustível para continuar. Sinto-me, ao lado de Lidiane e Hellen, a remanescente da turma número “zero um” da pandemia de COVID-19. Elas foram, literalmente, companheiras de luta; luta pelo nosso lugar, pela legitimação de nossa vaga no Programa e na Universidade. Hellen, principalmente, foi uma grande incentivadora, apesar das dores pelas quais também passou nesse processo. Agradeço também e grandemente aos membros da minha banca de qualificação, professores Mônica e Gustavo, que trouxeram preciosas contribuições à construção do meu texto; à Berghson, sou grata pela competência, paciência e cuidado no tratamento dos processos e alunos do Programa de Antropologia. Sou grata também à Rafaela, que me apresentou algumas das mulheres que partilharam de suas memórias de vida e de geração de vida. E finalmente, às seis mães: Emília Castro, Leila Mendes, Valda Limeira, Valdice Romeiro, Geilsa Martins e Carolina Castro, meus sinceros agradecimentos.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Interlocutoras e suas memórias da gestação e do parto 154
Tabela 2 - Nascidos vivos por tipo de estabelecimento de saúde – Aracaju-SE 209
Tabela 3 – Número de cesáreas por tipo de estabelecimento de saúde - Aracaju-SE 20

Lista de Abreviaturas ou Siglas

CAASM - Centro de Acolhimento e Atenção à Saúde da Mulher

DIU - Dispositivo Intra Uterino

DPN – Diagnóstico pré-natal

MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

OMS - Organização Mundial de Saúde

ReHuNa - Rede de Humanização do Nascimento

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
2 DO PARTO PURAMENTE HUMANO AO PARTO HUMANIZADO 16
2.1. Partos em tempos remotos: a sacralidade feminina e a figuração masculina 16
2.2. A fuga da dor e o encontro com o parto cesárea 18
2.3. A caminho da humanização do parto 21
2.4. Paradigmas de atenção à saúde, Biomedicina e Antropologia 27
3 O PARTO COMO RITUAL E AS TÉCNICAS DE CORPO 34
3.1. Rituais de passagem 34
3.2. As memórias do parir sob a luz ritual 36
3.2.1. O pré-parto ou ritual de liminaridade 50
3.2.2. Os ritos de parto e a reintegração da mulher 52
3.2.2.1. Nascer para reintegrar: os partos de Emília Castro e Geilsa Mastins 53
3.3. Parir tecnicamente 60
4 AS DORES DO PARIR 71
4.1. A dor como uma construção social 82
4.2. O poder da anestesia e da ocitocina 87
4.3. A ocitocina sintética e seus diversos usos 89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 92
REFERÊNCIAS 98
ANEXO 102
Roteiro de perguntas pontuais nos encontros para registro das memórias 102

1 INTRODUÇÃO

O tema tratado nesta pesquisa, tão ligado ao universo feminino, mas não restrito a ele, levanta reflexões as quais vem sendo estudadas por antropólogas, pesquisadoras, acadêmicas, ativistas do movimento feminista e mães que parecem ter sido, de alguma forma, afetadas por experiências relacionadas à gestação e parto e que levaram-nas a estudar sobre assuntos atinentes ao que podemos chamar de Antropologia do Parto, campo da Antropologia que parece congregar “o encontro entre vida pessoal e vida de pesquisa, fazendo do “pessoal” não mais somente o “político”, mas também o acadêmico e o investigativo” (Carneiro, 2015, p.17).

Assim, as mulheres mobilizadas por suas experiências pessoais do gestar e do parir, grupo onde me incluo, enquanto mulher, mãe, profissional e acadêmica, possuem uma infinidade de questões para serem refletidas, questionadas, criticadas e estranhadas, e que vão além do campo da assistência ao parto e das práticas de humanização aplicadas neste universo. Alcançam temas que foram levantados e refletidos nesta pesquisa, como o rito do parto, as técnicas de corpo e os sistemas de poder que agem sobre ele, sobretudo no modelo médico vigente no Brasil, a noção de dor física e emocional suportadas nesse processo que é tão fisiológico quanto cultural, o uso da anestesia e dos fármacos, dentre outros temas que dialogam com a Antropologia da Saúde, da Dor, das Moralidades, das Emoções e da Religião.

Assim, na seara da maternidade, que envolve geração e criação de filhos, além de uma rotina de obrigações ditas femininas por nossa sociedade ocidental, até mesmo as circunstâncias pessoais em que é construído o estudo etnográfico devem ser discutidas, uma vez que não se dissocia a pessoa pesquisadora da mãe e da profissional, conforme coloca Rosamaria Carneiro (Carneiro, 2015), ao afirmar que a maternidade é um ponto de inflexão na vida das mulheres. Esta pesquisa, para colocar em pauta minha experiência pessoal, ela mesma pode ser comparada a um processo de gestação e parto, com suas etapas de planejamento, de exames, de testes, de desenvolvimento e de ‘engorda’, culminando no parto, que foi conduzido e deve ser aprovado segundo procedimentos definidos por uma instituição; e todo esse processo

não escapa de dores físicas e emocionais, de turbilhões de emoções que rondam a vida adulta, dos obstáculos muitas vezes encontrados para explorar o universo epistemológico, quando a rotina de trabalho retém as energias no decorrer do dia, quando as questões domésticas e a sociedade exigem uma postura elegante, firme e equilibrada da mulher.

O germe desta pesquisa, portanto, não tem lugar extraordinário e vale explicitar, através de uma breve retrospectiva da minha experiência pessoal, que também envolve memória e uma das principais metodologias da pesquisa, que é a História Oral, onde Sônia Maria de Freitas (Freitas, 2006), ao tratar de relação entre História, História Oral e Memória, afirma: “a História Oral fornece documentação para reconstruir o passado recente, pois o contemporâneo é também história” (Freitas, 2006, p.46).

Os germes da pesquisa

Como foi anunciado, é válido retomar alguns acontecimentos pessoais, os quais vão de encontro ao início do curso de mestrado, marco coincidente com a eclosão da pandemia do COVID-19, que impôs ao mundo tempos de exceção no que se refere a hábitos e costumes individuais e coletivos.

O projeto de pesquisa apresentado durante o processo seletivo para ingresso no mestrado girava em torno de uma comunidade quilombola no Estado do Pará. Com as restrições de mobilidade apresentadas pela pandemia e a impossibilidade de deslocamento de Aracaju para Barcarena-PA, houve a necessidade de mudanças no objeto de pesquisa. Eis que minha experiência pessoal de gestação, parto e puerpério se juntaram ao fato de atuar profissionalmente com uma loja de locação de figurinos específicos para mulheres gestantes usarem em seus ensaios fotográficos, prática comum na cidade de Aracaju, onde as gestantes costumam registrar, através de imagens, seus corpos grávidos.

A minha experiência com a maternidade aconteceu uma única vez, após uma decisão repentina em ter um filho. O desejo era parir um menino, em parto normal. Eis que meu companheiro concordou com a ideia e o desfecho foi o nascimento de um menino, que veio ao mundo em um parto normal, em hospital público, na cidade de São Luís – MA. A obstetra, conheci durante a

gravidez, quando eu buscava uma profissional que abrisse mão da realização do parto cirúrgico, já que a ginecologista/obstetra com quem eu consultava regularmente foi tácita quanto ao tipo de parto que ela disposta a fazer, caso acompanhasse minha gestação: parto com local, data e horário marcados.

A partir do convite da obstetra para fazer meu pré-natal na maternidade do Hospital Universitário, busquei praticar uma atividade física (Pilates). Foi também um período de intensa atividade profissional que exigiram uma viagem, além de horas e horas sentada, para o momento da escrita e de muita pesquisa e leitura relacionada ao desenvolvimento, semana a semana, do bebê. Muito pouco pesquisei sobre o parto, sobretudo uma leitura mais crítica quanto ao modelo médico hegemônico no Brasil e os procedimentos empregados nas cenas de parto. Eu desejei um parto normal, mas nada sabia sobre a administração da ocitocina sintética e os hormônios produzidos no momento do parto, sobre a possibilidade de escolha da posição de parir, sobre as profissionais da enfermagem e doulas, que podem acompanhar a mulher no trabalho de parto em casa, até que o período expulsivo seja iminente e haja a necessidade de se dirigir ao hospital.

Ao final, o parto aconteceu normal, na sala de pré-parto, com vários episódios de “exame de toque” anteriores, para verificar a dilatação do colo do útero, aplicação de soro com ocitocina, e a presença do pai em quase todo o processo, inclusive no corte do cordão umbilical. Não foi administrada anestesia nem tampouco realizada episiotomia. A famigerada dor do parto foi sentida, deixando a sensação de empoderamento feminino, de confiança no corpo e nos processos fisiológicos, naquele momento apenas experimentado, sem qualquer reflexão. A hora de ouro, logo após o nascimento do bebê foi vivida, assim como o tempo de descanso no pós-parto imediato junto ao recém-nascido.

Além da experiência da gestação e parto, o puerpério e anos seguintes foram marcados pela abdicação à vida profissional para a dedicação exclusiva à maternidade, com todas as delícias e agruras que tais acontecimentos e escolhas podem oferecer, levando ao desejo, curiosidade e oportunidade de conhecer e refletir antropologicamente acerca das vivências de diferentes mulheres nesse processo que é fisiológico (mas essencialmente cultural), a partir de suas memórias.

Em suma, pela minha condição de mulher, mãe e na qualidade de pesquisadora que também passou por uma experiência de parto, foi possível, além de ouvir, trocar experiências e aprender com essas mulheres. Dessa maneira, ouvir suas memórias foi como viver um pouco da experiência de cada uma, o que é inerente ao papel do pesquisador, no exercício de tentar acessar outros mundos de sentido, observando cada frase, gestos, falas e entonações de voz durante as interlocuções.

A História Oral, a Memória e a Etnografia

Para a gestação da pesquisa, a História Oral foi o principal método utilizado, uma vez que lança mão de técnicas, como a entrevista, além de outros procedimentos que se articulam, para registrar as narrativas das experiências resultantes das memórias das interlocutoras. Considera-se aqui a moderna História Oral, a qual “consiste na realização de depoimentos pessoais orais, por meio da técnica de entrevista que utiliza um gravador, além de estratégias, questões práticas e éticas relacionadas ao uso desse método” (Freitas, 2006, p.27).

Dessa forma, no método da História Oral, as entrevistadas são consideradas agentes históricos que, através da memória, resgatam a visão acerca de suas experiências e os acontecimentos sociais que elas participaram. Assim, como pesquisadora, meu objetivo foi registrar as experiências e representações das entrevistadas, seis mulheres que se dispuseram a compartilhar de suas memórias, entre os meses de fevereiro e março de 2022, em Aracaju - SE.

Tais memórias, colocadas como discurso, evidenciam, segundo Sônia Maria de Freitas, um sistema de símbolos e convenções produzidos e utilizados socialmente; além do elemento voz, durante a entrevista, que com suas variações, dão sentido e transformam o texto transmitido, dando um significado além do que foi dito (Freitas, 2006, p.47).

Especificamente a respeito da memória, matéria de difícil definição, Freitas (2006) diz que pode ser entendida como uma somatória de experiências individuais, passíveis de serem utilizadas como fontes históricas. Já o antropólogo Halbwachs (1990), que trabalha com a ideia de memória

social, coloca que a memória individual não está inteiramente isolada e fechada e que para evocar seu passado, um homem tem a necessidade de apelar às lembranças de outros, se reportando a pontos de referências que existem fora dele e que são fixados pela sociedade.

No mesmo sentido, Pollak (1992), defende que a memória não é um fenômeno individual, algo relativamente íntimo, próprio da pessoa. Ela deve ser entendida, segundo esse autor, como um fenômeno coletivo e social, ou seja, como um fenômeno construído coletivamente e submetido a flutuações, transformações, mudanças constantes.

É dessa maneira, portanto, que lembranças de locais, como as instituições de saúde em que deram à luz, na cidade de Aracaju-SE, de pessoas próximas e de acontecimentos mais amplos, como o período pandêmico (COVID-19), serão acionadas pelas interlocutoras e farão parte de seus repertórios, contribuindo para a análise das memórias, etapa em que se examina os elementos que se destacam em cada relato, buscando identificar a percepção que as interlocutoras têm da experiência vivida e enfatizadas em suas falas.

Outro procedimento metodológico utilizado foi a pesquisa etnográfica, que se assenta nos trabalhos de campo e que tem passado ao longo do tempo da Antropologia, segundo O'Dwyer (2008), por inúmeros problemas em sua definição. Entretanto, "a visão de interação social e a obtenção de dados etnográficos de maneira disciplinada e interativa tem caracterizado inclusive experiências heterogêneas de trabalho de campo..." (O'Dwyer, 2008, p.85).

No contexto pandêmico, especialmente, essa heterogeneidade tornou-se necessária, exigindo larga adaptabilidade por parte da pesquisadora, para a abordagem das interlocutoras e para a aplicação das entrevistas. A etnografia digital ganhou espaço abruptamente, em virtude da impossibilidade de contato face-face com interlocutores, trazendo para si o uso de plataformas digitais e produzindo matrizes metodológicas flexíveis e adaptáveis às diversas circunstâncias empíricas.

Em face da utilização de recursos digitais e da possibilidade de interação e observação com o tema pesquisado, foi criado um perfil na rede social Instagram (@memoriasdeparto). A partir desse ambiente, foi possível assistir a vídeos, ver imagens e acompanhar perfis (páginas individuais ou institucionais)

de profissionais, hospitais, fóruns, gestantes e mulheres, que fazem publicações sobre os serviços oferecidos, eventos, relatos de partos, mostram parte do seu dia-a-dia na gestação ou puerpério ou mesmo refletem sobre questões políticas relacionadas a maternidade.

A despeito das inovações e do uso de plataformas digitais cada vez mais utilizadas como ferramentas nas etnografias, o diário de campo foi utilizado e continua sendo um forte aliado no registro de informações, percepções, pontos de reflexão e organização dos pesquisadores da área. Para Beaud & Weber (2007, p. 65), "o diário de campo é a principal ferramenta do etnógrafo (...) é um diário de bordo no qual, dia após dia anotam-se em estilo telegráfico os eventos da pesquisa e o progresso da busca". Para essas autoras,

> "Só o diário de campo transforma uma experiência social ordinária em experiência etnográfica, pois não só restitui os fatos marcantes que sua memória corre o risco de isolar e de descontextualizar, mas, especialmente, o desenrolar cronológico e objetivo dos eventos" (Beaud & Weber, 2007, p. 67).

É importante mencionar outros aspectos que se articulam às entrevistas ou conversas semiestruturadas. Foi elaborada uma lista de perguntas, caso o assunto não fosse espontaneamente mencionado na conversa, para que fosse possível nivelar e comparar determinadas questões em cada experiência, como o tipo e escolha do parto, local de realização, quem estava presente, a duração do parto, o uso da ocitocina e/ou analgesia medicamentosa (anestesia), quem cortou o cordão umbilical, como saiu a placenta, se o bebê foi deixado no colo da mãe imediatamente após o nascimento, entre outros.

Para o registro das memórias, fase posterior a cada encontro, foi realizada a transcrição dos diálogos, utilizando páginas da internet que oferecem tais serviços, como o Transkriptor, Descript e Reshape, seguido de releitura, revisão e organização do texto integral.

É imprescindível mencionar que esta pesquisa considera os preceitos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –Res. CNS 466/2012, II. 4).

As interlocutoras

As mulheres que relataram os principais eventos emergidos em suas memórias, permitindo que fosse possível a gestação dessa pesquisa foram Emília, Leila, Valda, Valdice, Geilsa e Carolina, nomes escritos exatamente na ordem em que foram ouvidas. Ressalto que os nomes das interlocutoras são fictícios, para manter em sigilo suas identidades.

Os contatos, em sua maioria, foram estabelecidos via aplicativo Whatsapp, por indicação de pessoas conhecidas em comum, que tiveram conhecimento da pesquisa. Nas mensagens enviadas pelo aplicativo, era explicado o motivo do contato e o objetivo da pesquisa, além da livre escolha da interlocutora para o tipo e o local de encontro (se presencial ou virtual). Quando virtual, foi utilizada chamada de vídeo pelo aplicativo WhatsApp; quando presencial, as entrevistas ocorreram, em sua maior parte, nas residências das mulheres, durante suas atividades domésticas com os filhos; uma das entrevistas ocorreu em um restaurante, por se tratar de uma amiga, que conheci quando seu filho tinha apenas seis meses de vida.

Das entrevistadas, quatro pariram nos últimos dois anos; e duas delas, mãe e filha, deram à luz há 37 anos e 7 anos, respectivamente, o que nos remete novamente à História Oral, enquanto método de pesquisa, o qual legitima a história do presente, fornecendo documentação para identificar, através das memórias de experiências individuais, características sobre a realidade de Aracaju – SE, nos quadros do sistema de saúde e do atendimento à mulher no período de gestação e parto.

De acordo com a Tabela 1 abaixo, das seis mulheres, a metade teve parto cirúrgico e as demais, partos vaginais, sendo que duas delas passaram por parto natural (sem qualquer administração de medicamentos). A maior parte dos partos (quatro) aconteceu em hospitais privados; um parto aconteceu em ambiente domiciliar e o outro, em hospital público. Dos seis, cinco aconteceram em Aracaju, entre os anos de 2015 e 2021 e apenas um aconteceu em Glória, interior de Sergipe, no ano de 1985, de maneira que se difere em todas as suas características, como será percebido no decorrer do texto.

Importante citar os hospitais e maternidades públicos e privados que realizam e disponibilizam espaço para o trabalho de parto em Aracaju e Grande Aracaju, contexto geográfico da pesquisa: Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), gerenciada pela Secretaria de Estado da Saúde (SES); Hospital e Maternidade Santa Isabel, entidade privada, sem fins lucrativos, faz parte de estratégias e programas do Ministério da Saúde, como a Rede Cegonha[1], cuja maternidade (Dr. João Firpo), possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Clínica e Maternidade Santa Helena, particular e exclusiva para atendimentos em obstetrícia e ginecologia.

Tabela 1- Interlocutoras e suas memórias da gestação e do parto

Memórias do Parir						
Nome	**Idade atual**	**Ano do parto**	**Tipo de parto**	**Encontro**	**Local**	**Município/Estado**
Emília	33	2020	Cesárea	Presencial	Hospital privado	Aracaju - SE
Leidyane	31	2021	Normal	Presencial	Hospital privado	Aracaju - SE
Valda	80	1985	Natural	Presencial	Em casa	Glória - SE
Valdice	36	2015	Cesárea	Presencial	Hospital privado	Aracaju - SE
Geilsa	34	2021	Natural	Virtual	Hospital privado	Aracaju - SE
Carolina	31	2021	Cesárea	Presencial	Hospital público	Aracaju - SE

Fonte: Dejaina Dias, 2022.

Tendo como base, portanto, os relatos das experiências dessas seis mulheres é que essa pesquisa foi gerada e iniciará com a contextualização histórica do movimento de humanização do parto no Brasil.

[1] A Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2011 e trata-se de um pacote de ações que propõe a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças disponibilizando atendimento de pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários e vinculação da gestante a uma maternidade de referência para o parto. São componentes do Programa: Pré-natal; Parto e nascimento; Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

2 DO PARTO PURAMENTE HUMANO AO PARTO HUMANIZADO

2.1. Partos em tempos remotos: a sacralidade feminina e a figuração masculina

Mulheres parem desde sempre e no decorrer da história da humanidade em todos os cantos do planeta, as formas de parir sofreram alterações inúmeras, de acordo com o local, a cultura, as mudanças econômicas em escala global e a maneira como cada cultura particular lidou com os processos mais gerais em que estão inseridas, de maneira que é muito evidente que “o nascer” é tão fisiológico quanto cultural, uma vez que reflete os valores sociais prevalentes em cada sociedade, os quais podem ser percebidos nos ritos de passagem, reforçando regras e tabus sociais em rituais específicos, como será exposto mais adiante, com base nos Ritos de Passagem, de Van Gennep.

Em algumas sociedades indígenas, as crianças nascem com as mulheres de isolando de seus pares para dar à luz. E assim, desde a Antiguidade, os registros demonstram que se trata de um evento onde as mulheres protagonizavam a cena de parto, ficando os homens, muitas vezes, relegados a figuração, sendo chamados apenas em caso de complicação na hora do nascimento.

Dias (2007, p. 69) faz um apanhado histórico das cenas de parto entre povos antigos, onde são encontrados, segundo a autora, interseção entre eventos religiosos na vida reprodutiva e sexual e na construção das identidades desses povos. Entre as hindus, por exemplo, havia uma sacralidade da vida erótica e uma grande valorização da mulher e de sua saúde, com especial atenção ao processo de nascimento. No Egito, atividades religiosas e práticas da medicina se confundiam nas rezas, rituais, exorcismos e sonos curadores, de maneira que há comprovação, através de papiros, que durante um parto, fórmulas de encantação eram recitadas para afastar a morte da parturiente.

Na cultura hebraica, o lugar da mulher se aproximava ao de uma sacerdotisa que se conecta à reprodução sob uma perspectiva transcendental e afetiva, e que recusa os limites da ordem dos homens, os quais estavam ausentes das cenas de parto em virtude, provavelmente, dos preceitos de

higiene, em que as secreções vaginais eram consideradas perigosas para a saúde (Dias, 2007, p.70).

Entre os gregos, segundo a mesma autora, a figura da maieuta (graças à deusa Maia) era de grande importância, pois tinham qualificações que permitiam dar orientações às parturientes sobre alimentação, exercícios, medicamentos, realizavam cirurgias e seus trabalhos estavam associados aos cultos religiosos. Recebiam pelo trabalho que realizavam em um cenário onde o médico era proibido de realizar abortos, mas tinham permissão de realizar manobras no parto. Estes ocorriam em casa, em cadeiras especiais, acompanhado pela maieuta e mais três ou quatro mulheres.

A figura da maieuta grega, se fizermos uma comparativo de suas qualificações com as profissionais que permeiam as cenas de parto contemporâneo, é possível que identifiquemos a parteira, a enfermeira e a fisioterapeuta obstétrica, mulheres que estão ou não inseridas no modelo médico hospitalar hegemônico, com foco na cura, na medicalização ou realizando partos humanizados, com utilização de técnicas e procedimentos com o mínimo ou sem nenhuma intervenção médica.

Entre os relatos de partos das seis interlocutoras que contribuíram para esta pesquisa, observou-se a presença da parteira, da enfermeira obstétrica e da fisioterapeuta pélvica que, se não realizaram o parto propriamente dito, contribuíram para o repasse de informações a respeito do preparo do corpo e de técnicas para facilitar no momento do trabalho de parto.

Eis que chegaremos às memórias das mulheres e do papel de cada profissional dentro de suas experiências. Agora é hora de voltar no tempo e relegar à Antiguidade a sacralização da mulher grávida, percebida e tratada, nos tempos da gestação, como uma joia rara, que não deve pegar peso, que deve descansar, que é sagrada e frágil, em virtude do ser que carrega. Tal visão fragilizada, segundo Dias (2007, 79), acarretou certa desresponsabilização da mulher grávida, de tal maneira que sua autonomia ficou na dependência da consciência da medicina convencional tal qual é hoje aplicada, onde certos procedimentos são aplicados sem que a mulher consinta ou seja informada.

Assim, o cristianismo, por muito tempo, tratou com hostilidade o prazer, o corpo e a mulher, excluindo-as da igreja e das celebrações, de maneira que a

medicina mesma recomendava abstinência da carne, do vinho e dos prazeres. Além disso, escolas de medicina foram fechadas, ocasionando, segundo Dias (2007) mudanças que promoveram uma dissociação entre as esferas reprodutiva e sexual, assim como nas técnicas de assistência ao parto. O cristianismo também imprimiu a culpa, o castigo e o sofrimento, com a dor relacionada ao parto, a partir do pecado cometido por Eva, no Paraíso.

Até hoje, o trabalho de parto em um nascimento vaginal é sinônimo de um corpo que sofre e padece de dor, o que ainda causa pavor e medo entre as mulheres, levando muitas à preferência de um procedimento cirúrgico, com data e hora agendada e com a praticidade do nascimento que dispense o sofrimento. Se recorrermos às memórias de parto de Carolina, que teve o primeiro parto normal e o segundo, cesariana, é colocado com muita ênfase a “vontade muito grande de não sentir dor” e a declaração da preferência pelo parto cirúrgico em detrimento do parto normal: “Eu sei que o parto normal foi uma dádiva que Deus deixou. Mas se Deus deixou a medicina, que custa você amenizar a dor do outro?” (Memórias de parto de Carolina, 2022).

A respeito da dor, será reservada uma sessão específica neste trabalho, onde serão trazidas algumas reflexões, com base na Antropologia da dor, do antropólogo David Le Breton (2013). De antemão, vale dizer que a dor, segundo esse autor, “é íntima, certamente, mas é também impregnada de social, de cultural, de relacional, é fruto de uma educação. Ela não escapa ao vínculo social” (Le Breton, 2013, p. 14).

2.2. A fuga da dor e o encontro com o parto cesárea

Sendo a dor fruto de uma educação, aprendemos a evitá-la e, quando possível, fugir dela. Assim, para preservar o corpo do sofrimento o qual toda mulher está destinada, segundo os ensinamentos cristãos, a escolha pelo parto cesárea parece ter sido a solução. E engana-se quem pensa que o nascimento, a partir de procedimento cirúrgico, é prática recente. Há relatos de partos abdominais ainda nos anos 1500; eram recomendados quando o bebê estivesse morto ou quando estivesse fora da cavidade uterina. Um século após, em 1604, as cirurgias eram indicadas quando o bebê era muito grande e a mulher tinha pelve estreita.

Segundo Dias (2007, p.88), os partos abdominais foram sendo indicados no lugar de outras técnicas e cada vez mais ampliadas as suas indicações, entretanto havia muitas mortes de parturientes, em virtude de infecções. Com a popularização do procedimento, a mulher foi sendo cada vez mais colocada em posição de submissão aos homens, tendo sido o poder feminino suprimido ou diminuído em relação aos cuidados com outras mulheres durante os partos.

Sob a fé cristã, as mulheres ligadas aos procedimentos de partos foram, portanto, acusadas de bruxaria e feitiçaria, colocando o discurso médico e masculino na posição de autoridade na organização e decisão a respeito da assistência ao parto, a partir da modernidade. Tal ideologia foi ainda mais patente a partir do Iluminismo e Revolução Francesa, com a marcante diferenciação entre os sexos e seus corpos, legitimando cientificamente as ideologias de poder que mantinham a mulher diferente e inferior ao homem. A partir de então, era cabível ao homem, dentro da medicina, conhecer e estudar o corpo e os órgãos reprodutivos da mulher.

Tais práticas contribuíram para um modelo de parto que colocava o homem como superior também no seio das cenas de parto, de maneira que surgiu o conceito de cirurgificação da assistência ao parto, que não incluía as mulheres (benzedeiras, parteiras ou curandeiras) e um conjunto de conhecimentos que elas possuíam sobre seus corpos, técnicas e produtos, levando à desestruturação de uma rede de saberes femininos.

Todo esse processo, no entanto, não ocorreu sem resistência pelas mulheres, que relutaram em abandonar seus espaços domésticos para dar à luz em um ambiente impessoal, como o hospital. De acordo com Tornquist (2004, p.74), a obstetrícia e o universo da parturição foram um dos últimos e mais difíceis de serem conquistados pelo modelo da medicina científica e dita industrializada.

Assim, a cesariana, que era uma operação de resgate, pouco a pouco tornou-se uma das formas mais comuns de se nascer, ocorrendo independente de complicações e remetendo a um cenário de padronização do nascimento. É uma forma de nascer atualmente escolhida por muitas mulheres que, sabendo da praticidade de todo o processo (a despeito dos riscos de se morrer em uma mesa cirúrgica), abrem mão do uso da potência do seu corpo para dar à luz. Ademais, muitos obstetras, com base em suas experiências que legitimam sua

autoridade médica, indicam a cirurgia, mesmo em situações em que o parto normal seja o mais adequado. Esse assunto, o poder da biomedicina, será retomado no decorrer do texto.

Por enquanto, vale a pena nos determos em dados estatísticos contemporâneos, que refletem a realidade da medicalização e institucionalização do nascimento predominante no Brasil. Partindo de dados quantitativos de cesáreas realizadas nos últimos oito anos em estabelecimentos de saúde públicos e privados em Aracaju – SE, contexto onde se concentrou a pesquisa, é possível observar, através das tabelas de nascidos vivos (Tabela 2) e do número de cesáreas realizadas por tipo de estabelecimento (Tabela 3), que no ano de 2014, quase metade (49,86%) dos partos realizados foram cesarianos.

Tabela 2 - Nascidos vivos por tipo de estabelecimento de saúde – Aracaju-SE

Número de Nascidos Vivos por tipo de estabelecimento de saúde - Aracaju-SE								
Estabelecimento de Saúde	Ano							
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Público	4.512	5.886	5.449	5.747	5.477	5.283	3.157	3.421
Não público	15.179	14.838	13.620	14.166	15.896	16.206	9.607	10.127
Total	19.691	20.724	19.069	19.913	21.373	21.489	12.764	13.548

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) - Janeiro de 2022

Na Tabela 2, do total de 19.691 partos em 2014, 12,30% aconteceram em hospitais públicos; e dos 4.512 nascidos vivos em hospitais públicos, 53,65% foram de parto cesáreo. Já na Tabela 3, chama a atenção o percentual de 75,34% de partos cirúrgicos realizados em equipamentos de saúde não públicos no ano de 2014.

Tabela 3 – Número de cesáreas por tipo de estabelecimento de saúde - Aracaju-SE

Número de Cesáreas por tipo de estabelecimento de saúde - Aracaju-SE								
Estabelecimento de Saúde	Ano							
	2014	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
Público	2.421	2.722	2.626	2.923	2.925	2.956	1.761	1.886
Não público	7.398	7.027	6.370	7.022	7.546	7.517	4.425	4.755
Total	9.819	9.749	8.996	9.945	10.471	10.473	6.186	6.641

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde 2021

Em que circunstâncias ocorreram estes partos não é possível revelar; se foram ou não respeitados os preceitos trazidos pela humanização do parto e o lugar de protagonismo e respeito aos direitos da mulher nesse processo, onde o discurso da biomedicina é preponderante. Pode-se apontar, no entanto, pela trajetória das interlocutoras, que não houve uma imposição para a realização do parto cesárea, o que pode ser um efeito das campanhas pela humanização realizadas no Brasil, que revela um momento de mudança, mesmo que sutil, à atenção às parturientes ou pode se tratar de uma especificidade da cidade de Aracaju-SE, no período de realização da pesquisa.

Dentro do universo de mulheres ouvidas para a pesquisa, metade delas passou por experiência de cesariana, sendo que duas dessas três, tinham a cirurgia como preferência e apenas uma foi submetida ao procedimento como uma alternativa derradeira de um longo trabalho de parto.

2.3. A caminho da humanização do parto

O cenário de parto no continente europeu (e provavelmente em todo o ocidente) estava relacionado, até o século XVIII, à família, ao parentesco e à religiosidade, sem qualquer alusão ao processo saúde-doença, tal qual se vive hoje. E esse deve ter sido um dos principais motivos que levaram a medicina intervencionista a demorar ganhar espaço no cotidiano das mulheres que compunham o universo do nascimento, com diferenças resguardadas a especificidades nacionais ou regionais. Nos Estados Unidos e Inglaterra, segundo Tornquist (2004), as críticas mais contundentes surgiram nos anos 1960, dentro dos movimentos de inspiração contracultural, denunciando a rotina de violência nos partos hospitalares e fazendo deles um evento patológico.

O Brasil certamente foi influenciado pelo que ocorria na Europa e Estados Unidos quando, no final da década de 1980, ganhou fôlego o movimento de mulheres e profissionais da saúde em torno das críticas ao aumento do número de cesáreas e as práticas adotadas por instituições de saúde, além do posicionamento em defesa do parto humanizado (Carneiro, 2015, p.14). Tal movimento se deu no bojo dos movimentos sociais mais gerais e da organização de associações que faziam frente ao modelo tecnocrático,

modelo médico hegemônico, como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa).

Cabe destaque para a luta travada pela organização da sociedade civil ReHuNa no sentido de estruturar o movimento de humanização do parto/nascimento no Brasil. Essa rede de associados objetiva principalmente divulgar a assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas, para a diminuição das intervenções desnecessárias. Desde a sua fundação, em 1993, suas pautas de enfrentamento contribuíram para a promoção de mudanças substanciais no contexto do parto e nascimento, como a luta pela diversidade de locais para o parto, a prestação de cuidados por obstetrizes e a presença de acompanhantes de escolhas. Tais propostas foram recebidas pela corporação médica com certo incômodo e enfrentamentos, nas rotinas hospitalares e nas decisões mais amplas, onde fica nítido o confronto de paradigmas. As respostas são dadas no plano individual, político e social, com resultados favoráveis ao movimento.

Uma das bases na luta da ReHuNa tem origem nas propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985 que, de acordo com Tornquist (2002, pp.483/4), inclui:

> “incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente”.

A despeito das recomendações da OMS e dos movimentos a favor da realização de partos com o mínimo ou sem nenhuma intervenção médica, as práticas e estatísticas referentes à quantidade de cesarianas realizadas anualmente no Brasil, apontam para um cenário de padronização do nascimento, o qual, muitas vezes, desconsidera os aspectos culturais e a possibilidade de que as mulheres protagonizem o acontecimento, decidindo, por exemplo, em caso de parto normal, quanto à posição do corpo no momento de parir, se desejam ou não analgesia medicamentosa (anestesia), a indução do parto com a aplicação de ocitocina sintética ou episiotomia (corte no períneo).

Desde o início desses movimentos no Brasil, o conceito de parto humanizado adquiriu novos sentidos. Diniz (2005, p. 633), discute diferentes perspectivas do termo. Dentre eles, estão o uso da Medicina Baseada em Evidências; o respeito aos direitos das mulheres na assistência ao nascimento, demandando um cuidado que promova o parto seguro e a assistência não-violenta; humanização referida ao tratamento acolhedor e respeitoso e o manejo da dor do parto; humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, a relação e o diálogo entre médico/enfermeira e paciente, a inclusão do pai no parto, a presença de doulas, negociações nos procedimentos de rotina, a gentileza na relação entre instituições e seus consumidores, entre outros.

Há, portanto, uma amplitude considerável na aplicação do conceito, de maneira que o respeito aos desejos da mulher, em seu processo de parturição, qualquer que seja o tipo de parto realizado, deve ser considerado. É essencial que a mulher seja ouvida, respeitada e comunicada sobre todo e qualquer procedimento que venham a realizar em seu corpo. Durante um parto cesárea, quando é colocada a música que a parturiente deseja ouvir; quando a mulher decide quem estará presente na sala cirúrgica (companheiro, doula, fotógrafa), são atos que levam um parto a ser considerado humanizado.

Nas memórias trazidas sobre o parto de uma das interlocutoras que contribuiu com a pesquisa, Valdice Romeiro, que teve sua primeira e única experiência de parto, com dia e hora marcada, em um parto cirúrgico, todo o ritual do nascimento ocorreu como ela queria, o que a permitiu classificar sua experiência como sendo um parto cesárea humanizado:

> “Fui bem tratada pelos funcionários de lá, pelas enfermeiras, pela equipe de obstetras que, no outro dia tava lá, no terceiro dia, até eu ir embora, eles estavam lá, me visitaram. Então eu me senti muito acolhida” (Memórias de Valdice Romeiro, 2022).

Por outro lado, Emília Castro, ao dar seu relato de parto, iniciou a conversa falando sobre as experiências dos partos de sua mãe, que pariu por quatro vezes, todos normais. Emília diz que, quando ela nasceu, “parto normal era ‘normal’ e que as torturas eram normais, então ela cresceu sabendo como era um parto normal e não sabia que aquilo era uma violência obstétrica”.

Apesar de não ter especificado, inicialmente, seu entendimento a respeito de violência obstétrica, uma expressão usual contemporaneamente e que se contrapõe às práticas do parto humanizado, Emília disse ter decidido ter parto normal após uma pessoa da sua família ter passado por um parto vaginal sem sofrer qualquer tipo de violência. A decisão tácita de parir por via vaginal, no entanto, veio seguida de um preparo para mudar a concepção de parto normal atrelado à violência:

> “Eu fui preparada para mudar essa concepção. Então, meu esposo me preparava, a fisioterapeuta que me acompanhou, me preparava, a própria doula falava sobre isso também: “olha Emília, a gente precisa se preparar pro parto normal, mas se acontecer uma cesariana, tal”? E eu fui deixando isso acontecer, né?” (Memórias de Emília Castro, 2022).

Valda, interlocutora mais velha entre as seis, lembra que, em um de seus muitos partos realizados em casa, houve complicação e a parteira orientou a buscar um hospital. As profissionais que a atenderam na unidade de saúde, numa pequena cidade no interior de Sergipe, com poucos recursos, ferramentas e substâncias disponíveis, subiram em sua barriga para empurrar o bebê, causando muitas dores e hematomas na parturiente. Apesar do ocorrido e da lembrança vir à tona, após 37 anos, Valda não classificou como violência obstétrica, pois assim não era considerado na época e lugar em que pariu, o que faz pensar o uso da expressão como um recurso político para a reinvindicação de direitos, conforme mencionou Diniz (2005), ao traçar os sentidos de parto humanizado.

Outro recurso político utilizado com vistas ao respeito dos direitos da parturiente, principalmente para os partos normais, que possuem apenas a previsão de ocorrência, mas nunca a certeza de quando e por quanto tempo ocorrerá, é o Plano de Parto, recomendado pela OMS desde 1986 e pelo Ministério da Saúde, através do programa Rede Cegonha. Trata-se de um documento que registra as vontades e desejos da parturiente no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto. É possível registrar os procedimentos que ela permite e o que deseja no momento do parto, de acordo com suas crenças; ali, ela escreve se permite episiotomia, aplicação do hormônio sintético

ocitocina, se deseja analgesia medicamentosa (anestesia peridural[2]), a música que gostaria de ouvir no momento do trabalho de parto ativo, etc. O documento deve ser entregue na maternidade/hospital antes do parto, para que a equipe esteja ciente dos procedimentos desejados e o parto ocorra da forma mais humanizada possível.

É um recurso de tentativa de minimização do controle médico sobre o corpo e sobre o momento único que é parir, abrindo possibilidades de realização dos desejos da mulher diante da flexibilização dos protocolos médicos e hospitalares. Entretanto, tal ferramenta é prerrogativa apenas para parcelas das mulheres: as que buscam e tem acesso a informações, participam de grupos de mulheres ou são militantes nas causas feministas.

Essa é uma forma da mulher participar e de ter um espaço maior para se decidir, optar e protagonizar em seu próprio rito de passagem, que é a parturição: o tipo de analgesia que deseja (medicamentosa ou massagens e outras), administração de ocitocina, pouca luz ambiente, a presença da doula, da fotógrafa, do companheiro (a), a música que deseja ouvir e a necessidade de que sejam comunicados todos os procedimentos médicos que se pretenda realizar durante o processo de nascimento.

O Plano de Parto veio à tona na memória de três mulheres que chegaram a elaborar o documento: Emília de Castro, certa de que daria à luz em um parto normal, registrou no documento a ser entregue no hospital que não queria a administração de ocitocina, dentre outras coisas. Percebendo que seu trabalho de parto seria longo, editou o documento, dando a permissão para que a substância fosse administrada, acelerando as contrações e evitando a cirurgia. Mesmo com a ocitocina, não houve dilatação suficiente e sua filha nasceu de parto cirúrgico; segundo os médicos, o coração da criança acelerou e era necessário mudar de estratégia, indo direto ao centro cirúrgico. Após o parto, foi dito que e bebê estava de cabeça para baixo (posição cefálica), mas seu queixo não estava junto ao tórax. O bebê estava olhando para cima, chamado pela obstetrícia de posição cefálica defletida.

[2] Tipo de anestesia que bloqueia a dor de apenas uma região do corpo, geralmente da cintura para baixo, que inclui abdômen, costas e pernas, mas ainda há sensibilidade a toque e pressão.

Segundo Emília, se a fisioterapeuta pélvica que a acompanhou no pré-natal estivesse acompanhando seu parto, certamente teria realizado uma manobra no bebê que possibilitaria o parto normal, habilidade como aquelas relegadas a parteiras e maieuta gregas; entretanto, muitas horas haviam se passado dentro do hospital, o que significa, para o estabelecimento de saúde, espaço ocupado e horas de trabalho de profissionais de saúde dedicados a uma só paciente, o que escapa ao tempo de atendimento padrão nos hospitais, que prezam pela cura e pela saúde, mas também pela prática e eficiente prestação de serviços.

Nas memória de Leila Mendes, o Plano de Parto também foi mencionado. Ele foi elaborado e citava a concordância com a indução das contrações pela ocitocina, pois ela queria tentar o máximo possível o parto por via vaginal. O documento não foi entregue à equipe obstétrica, para que ficasse ciente de tudo o que a gestante gostaria e permitia que fosse feito no seu parto:

> “Eu levei o Plano de Parto e não entreguei!!! Não entreguei porque estava todo mundo muito bem, muito tranquilo, aí confiei na equipe. Estava todo mundo tranquilo, e não tinha problema de ninguém por perto assim, nada... então todo mundo que vinha, falava comigo, todo mundo que vinha comigo” (Memórias de Leila Mendes).

Para Leila, o fato de todos os profissionais de saúde envolvidos no seu parto estarem tranquilos e não haver qualquer sinal de problema foi o suficiente para que ela não manifestasse suas vontades, conferindo ainda mais poder de decisão sobre o seu processo de parturição e seu corpo. Ainda assim, de acordo com ela, seu parto foi normal e humanizado.

Nesse sentido, vale dizer que a abordagem humanista do parto vem chamando a atenção de mulheres e profissionais, ao longo dos anos, para que a gestante ocupe um lugar de protagonismo no processo de parturição, questionando determinados procedimentos e posturas instituídas pela medicina tradicional, sem lançar mão dos conhecimentos técnicos de profissionais que possam contribuir para o autoconhecimento e segurança das parturientes no processo de gestação e parto, como por exemplo, as fisioterapeutas obstétricas. E sem deixar de lado seus costumes, crenças e a companhia de seus familiares na cena de parto.

Voltando às interlocutoras que contribuíram com a pesquisa, Geilsa, que pariu naturalmente, com trabalho de parto em casa e período expulsivo no hospital, com o nascimento do bebê na posição de cócoras, decidiu pelo parto normal, preparou-se psicológica e fisicamente com o apoio de fisioterapeuta pélvica e contratou a disponibilidade de um obstetra para que lhe assistisse a qualquer momento que iniciasse o trabalho de parto. Ao ser questionada se faria um parto domiciliar planejado, Geilsa respondeu tacitamente que não abriria mão de todos os aparatos da medicina: “nunca pretendi parir em casa. Eu quero todos os equipamentos apitando aqui do meu lado, quero médico, quero anestesista, eu quero tudo perto” (Memórias de Geilsa Martins, 2022).

Nesse sentido, a abordagem humanística de parto tem como princípio subjacente a conexão, de acordo com Davis-Floyd (2001). Conexão da paciente com ela mesma, com a família, com sua saúde, a sociedade e com os profissionais de saúde. Segundo esta autora, “Humanism requires treating the patient in a connected, relational way as any human being would want to be treated - with consideration, kindness, and respect” Davis-Floyd (2001, p.12).

O paradigma humanista, assim, insiste na profunda humanidade dos indivíduos envolvidos na cena de parto, seja entre a parturiente e enfermeiras, parturiente e médicos, parturiente e parteiras, principalmente no processo de cuidado e cura.

A despeito do conceito humanista ter como base conexão e relações de cuidado, respeito e ser revestida em direitos, não se pode perder de vista que está ancorada em uma relação de poder, onde a biomedicina dita as regras e estabelece os limites desse cuidado, a forma e quando serão dispendidos.

2.4. Paradigmas de atenção à saúde, Biomedicina e Antropologia

Diante do que já foi exposto neste capítulo, é relevante mencionar os três paradigmas de atenção à saúde que influenciam fortemente no cenário de parto. De acordo com Davis-Floyd (2001), são os modelos tecnocrático, humanístico e o holístico, os quais apresentam formas diversas de compreender as definições de corpo e mente, impactando a forma como a assistência à saúde é percebida.

O modelo tecnocrático ou intervencionista é o que prevalece no Brasil. Tem foco curativo e hospitalar e os rituais de nascimento são atos controlados por médicos e outros profissionais da área de saúde, desconsiderando, muitas vezes, aspectos culturais, familiares e sociais do parto, assim como ignorando a própria fisiologia da mulher e sua capacidade natural de parir. O corpo, separado da mente, é percebido como uma máquina.

O modelo holístico define o corpo como um campo de energia em contato com outros campos de energia. É enfatizada a unidade corpo, mente e espírito.

Já o modelo humanizado entende o corpo como um organismo e destaca a ligação entre corpo e mente. A mulher é tida como a protagonista do parto, portanto, o seu bem-estar é prioridade, assim como suas vontades, tal qual foi colocado na sessão anterior. Diz Davis-Floyd (2001, p.10):

> The implications for childbirth of the notion that the mind affects what happens in the body are obvious and profound. Humanism in childbirth allows for the possibility that the laboring woman's emotions can affect the progress of her labor, and that problems in labor may be more effectively dealt with through emotional support than through technological intervention.

Eis que, de acordo com Davis Floyd, o apoio emocional na resolução dos problemas relacionados ao trabalho de parto podem ser muito mais afetivos do que a aplicação de intervenções tecnológicas. Isso significa, de certa maneira, permitir que o ritual do parto ocorra considerando aspectos culturais de cada mulher, pois como foi dito, o cenário de parto é palco do ritual do nascimento, que se difere de um local para outro, de uma cultura a outra, em tempos diferentes.

A preponderância do modelo obstétrico tecnocrático, entretanto, é prevalente no Brasil e vem ganhando espaço em diversas partes do planeta, de maneira que a crença na medicina e os saberes médicos, atrelados à tecnologia, se sobrepõem aos demais saberes. Isso parece ocorrer em virtude de aspectos culturais, que naturalizam o conhecimento médico, conferindo poder sobre o corpo e a saúde da mulher e do bebê.

Nesse sentido, é possível que tenha sido criada uma necessidade e dependência das mulheres (e da sociedade) em relação aos ditos da medicina,

que parecem obscurecer a autopercepção da capacidade natural do corpo de parir, como em qualquer outro mamífero, colocando em foco a doença, de maneira que as gestantes passam a ser tratadas como pacientes.

É com base nessa lógica, da medicina curativa, cujo foco é na doença, que foram estabelecidas categorias médicas do tipo de gestação, que vão do baixo ao alto risco. As parturientes são "encaixadas" na escala de riscos durante o período do pré-natal[3], quando são realizados exames diversos; o que se observou, ouvindo as interlocutoras, é que o acompanhamento pré-natal parece gerar certa ansiedade nas gestantes, levando-as a esperar antecipadamente, pelas orientações médicas, para combaterem alguma doença ou usarem algum medicamento no período gestacional, como se tivessem que realizar algum tratamento.

O diagnóstico pré-natal (DPN), segundo Le Breton (1999, p.88), remonta dos anos 1970, quando foi aplicado pela primeira vez para a identificação da trissomia 21, se estendendo depois às moléstias cromossômicas e distúrbios metabólicos. Logo em seguida, a ecografia abriu caminho para detectar más-formações morfológicas.

Fica claro, portanto, que não só a mãe, mas também o embrião e o feto são o centro de inúmeros procedimentos de controle. De acordo com Le Breton (1999), as diversas formas do pré-natal permitem verificar seu bom estado, subtendo-os a um exame atento de sua legitimidade para existir. De acordo com esse autor, trata-se de

> "um exame rotineiro ao qual a medicina e os pais submetem a criança que vai nascer a fim de verificar sua conformidade genética e morfológica para estabelecer o diagnóstico do sexo e eliminar em seguida os fetos normais do sexo indesejável. Se é constatada uma enfermidade, o objetivo terapêutico é acessório porque, de qualquer maneira, os distúrbios encontrados raramente podem ser tratados". Le Breton (1999, p. 88).

Assim, se nos anos 1970 buscava-se detectar doenças mais graves nos fetos, atualmente a rotina é acompanhar mês a mês, o crescimento do ser em formação e da mãe, que o abriga e alimenta, com exames e realização de

[3] Acompanhamento médico que a mulher faz no período de gestação para retirar suas dúvidas sobre todo o processo, além da realização de exames para identificação de possíveis complicações e a avaliação quanto ao tipo de gestação, se é de baixo ou alto risco.

procedimentos, quando necessário. Um dos exames realizados para detecção de doenças é a sorologia para rubéola; ele permite saber se a mulher está infectada ou imunizada, mas pode causar bastante preocupação, como resgatado nas memórias de Leila, uma das interlocutoras, cujo exame levantou a suspeita de contato com o vírus, levando-a um período de ansiedade e isolamento de outras gestantes.

Nota-se, neste processo de acompanhamento no período gestacional, certa interferência médica nas decisões sobre o tipo de parto, conduzindo a parturiente para o caminho da segurança que os procedimentos possam oferecer em termos de saúde. Com tais argumentos médicos, por exemplo, Valdice, que já desejava um parto cesariana, pariu na trigésima sétima semana gestacional em uma cirurgia agendada por sua obstetra. A justificativa foi a de evitar maiores complicações durante o parto em virtude de “doença detectada durante o pré-natal”, a pré-eclâmpsia (hipertensão arterial).

Por outro lado, o relato de Valda se destaca das demais interlocutoras, em virtude do contexto e do período em que pariu. Atualmente com 80 anos, Valda deu à luz em casa, com auxílio de parteira, aos 43 anos de idade, não realizou pré-natal e não relatou, entre as suas lembranças, qualquer intercorrência durante os meses de gestação ou no momento do parto.

As mulheres da área rural de Nossa Senhora da Glória provavelmente vivenciavam o processo da gestação apoiando-se em si próprias e nos conhecimentos das mulheres mais experientes. Não se prepararam para o momento do parto buscando profissionais, técnicas ou instituições de saúde. Entretanto, Valda lembra que havia, entre as mulheres, um medo muito grande de morrer na hora do parto, em virtude da falta de aparatos médicos. Nem sempre as parteiras conseguiam reverter complicações na hora do parto.

No Brasil, após três décadas na tentativa de instituir a atenção pré-natal na saúde pública, estudos apontam que houve progressos ao acesso e à cobertura da assistência, mas desafios ainda persistem para melhorar a abrangência e a qualidade dos serviços. Nesse sentido, cabe mencionar aspectos históricos e organizativos sobre a assistência ao período gestacional (Cruz et al, 2014).

Nas primeiras décadas do século XX foi criado o serviço universitário de assistência pré-natal, inicialmente marcado pela fragmentação e uma

percepção das mulheres restrita às questões biológicas Em virtude das reivindicações colocadas pelo movimento feminista foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, cujo objetivo, entre outros, era aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda população. Na década de 90 o PAISM sofreu influência do processo de construção do SUS e a nova política de municipalização da saúde e o Programa Saúde da Família. Foi observado pelo Ministério da Saúde dificuldades para consolidar a política à saúde da mulher (e a atenção ao pré-natal) para determinados estratos da população, impactando na qualidade do serviço e na minimização das causas de mortalidade materna e perinatal.

No ano 2000 foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), fundamentado nos preceitos de que a humanização é condição primária para o adequado acompanhamento da gestação, parto e puerpério. Uma primeira avaliação do programa indicou que poucas gestantes foram cadastradas e a maioria recebeu assistência desarticulada. Em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) apresentou, como um dos objetivos, a promoção de uma atenção obstétrica qualificada e humanizada.

Como uma forma de complementar o PHPN, o Ministério da Saúde instituiu a estratégia que atualmente orienta a atenção pré-natal no Brasil: a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados com o objetivo de garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, assim como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Entre uma Programa e outro, o Ministério da Saúde elaborou e divulgou uma série de manuais normativos e outras publicações com orientações, elencando condições para uma atenção pré-natal efetiva. A despeito dos esforços empreendidos, muitas mulheres, na década de 1980, não tiveram acesso à assistência pré-natal.

As diferentes realidade vividas pelas parturientes leva a discussão para o campo da Antropologia da Saúde, cujo objeto é constituído pelo que os sujeitos, inseridos em determinada cultura, pensam e vivem o que é o corpo, a saúde e a doença. Nessa seara, o antropólogo possui a tarefa crucial de

construir um conhecimento que não seja apenar subsidiário da biomedicina, mas que possa relacionar-se com ela.

A Antropologia da Saúde, ou Antropologia da doença, de acordo com Sarti (2010, p.82) está vinculada, sobretudo, a uma tradição que remonta a Marcel Mauss, o qual considera todos os sistemas médicos e os discursos sobre corpo, saúde e doença como categorias culturais, independente da procedência. Trata, segundo Sarti (2010, p.83),

> "da noção de pessoa, a concepção do humano, o *anthropos*, construção necessariamente social e histórica, que está pressuposta nas diversas concepções e práticas que envolvem o corpo, a saúde e a doença, em qualquer âmbito da vida social, em qualquer tempo ou espaço."

As diferentes concepções de saúde, doença e mesmo do seu próprio corpo, observadas entre as cinco interlocutoras que viveram seus partos recentemente, com acesso a instituições e profissionais de saúde, em área urbana e a interlocutora que teve suas experiências de nascimento em área rural, em casa e com auxílio de parteira, indicam e comprovam que não há a melhor ou a prática correta. Todas devem ser percebidas como legítimas, embora haja, atualmente, preponderância do modelo tecnocrático.

Diante desse modelo de assistência médica e obstétrica que se sobrepõe aos demais modelos, mais tradicionais, é de grande valia recorrer a Michel Foucault (1977), que fala sobre o nascimento da clínica. Antes de haver uma Medicina estabelecida enquanto sistema de saberes, o que prevalecia era uma relação entre sofrimento e a sua causa:

> "Todo mundo, indistintamente, praticava esta medicina... as experiências que cada um fazia eram comunicadas a outras pessoas...e estes conhecimentos passavam de pai para filho. Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição deste saber com um grupo privilegiado, e a dissociação da relação imediata, sem obstáculos ou limites, entre Olhar e Palavra; o que já se soube só era, a partir de então, comunicado aos outros e transferido para a prática depois de ter passado pelo esoterismo do saber". Foucault (1977, p.60).

Ainda de acordo com Foucault (1977) e considerando a história da medicina moderna, o seu nascimento se deu entre o final do século XVIII e início do XIX, quando encontrou, na clínica, sua possibilidade de origem. E foi a partir da linguagem que o empirismo (as práticas experimentadas por toda a Humanidade) e os sistemas se organizaram e encontraram um equilíbrio, levando os médicos a descrevem as práticas vigentes:

> "Isto não significa que, depois de especular durante muito tempo, eles tenham recomeçado a perceber ou a escutar mais a razão do que a imaginação; mas que a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer sob o olhar e na linguagem o que se encontrava aquém e além de seu domínio". Foucault (1977, p.X).

E assim, com as modificações do discurso, práticas e técnicas, ao longo do tempo, o saber médico encontrou o seu lugar de 'mais verdade', como diz Sarti (2010), ao discutir sobre o diálogo entre a Biomedicina e a Antropologia, duas áreas do conhecimento que, nesta pesquisa, dialogam e se entrelaçam. Sarti (2010, p.80), coloca que o antropólogo, ao estudar corpo, saúde e doença deve agregar ao seu olhar (sua perspectiva teórica e metodológica), uma atitude

> "frente aos saberes biológicos que permita estabelecer os termos da comunicação possível entre antropologia e biomedicina, atitude necessária diante do lugar "de mais verdade" ocupado pelos saberes biológicos neste campo".

Portanto, de acordo com Sarti, os estudos antropológicos dentro do campo de saúde enfrentam também uma dimensão política específica, que se converte em problema epistemológico em virtude do seu local de enfrentamento: a construção do saber antropológico, que deve utilizar seus termos próprios, para fazer valer a análise antropológica como forma de conhecimento, pois o que diferencia a Antropologia da Biomedicina não é o objeto, mas o olhar sobre este objeto. E é assim que partiremos, em seguida, para os rituais de parto em suas diferentes fases.

3 O PARTO COMO RITUAL E AS TÉCNICAS DE CORPO

3.1. Rituais de passagem

O processo de gravidez e nascimento é vivenciado como um ritual de passagem, que marca momentos físicos, familiares e sociais, tanto para a mulher como para o bebê, que é iniciado no mundo externo. Van Gennep (2011), em sua obra clássica Ritos de Passagem, destaca que as sociedades procuram, desde sempre, demarcar seus valores em situações que constituem os sujeitos sociais. O autor afirma que a vida individual consiste em passar de uma idade a outra, de uma ocupação a outra e de uma situação a outra de tal maneira que essas passagens ocorrem em atos especiais, em cerimônias.

Para esse autor, o próprio fato de viver exige, para a vida individual, uma sucessão de etapas, tendo por término e começo conjuntos da mesma natureza, como o nascimento, o casamento, a morte, entre outros: “(...) o indivíduo modificou-se porque tem atrás de si várias etapas, e atravessou diversas fronteiras” (Van Gennep, 2011, p. 24).

Assim, com base nos estudos de ritos de passagem de Van Gennep, que foi o primeiro antropólogo a referir-se ao parto como um rito de passagem, por meio de exemplos de culturas variadas além-ocidente, este capítulo recorrerá aos relatos de parto que substanciam esta pesquisa, para identificar como esse rituais ocorrem e as suas diferentes etapas. O autor buscou caracterizar as etapas que demarcam esse momento crucial, que é o parto, em categorias especiais dos ritos de passagem, que vão desde a separação (ritos preliminares), passando pelo momento dos ritos liminares (margem) até a agregação ou ritos pós-liminares,

Os rituais de separação, em virtude da gravidez e do parto são, segundo Van Gennep (2011, p. 53) os mais estudados e, em geral, são os primeiros a serem executados, para fazer a mulher sair de sua condição anterior, seja da sociedade, do trabalho e até da vida sexual. Depois vem os ritos da gravidez, que é um período de margem, de transição, em que a mulher ainda não é mãe, nem está em sua fase anterior, para dar lugar aos ritos de nascimento ou parto, que objetivam, depois de algum tempo depois de parir, reintegrar a mulher na

sociedade anterior ou a colocar em uma situação nova na sociedade, em novo papel, como mãe.

Davis-Floyd (2019, p. 237), em um artigo em que analisa o ritual de nascimento em um hospital norte-americano levanta a questão da preservação do status quo, sobretudo relacionado ao modelo tecnocrático. Para ela, o ritual tem a função de preservar e transmitir a cultura, mas principalmente, perpetuar a estrutura de poder que controla os rituais de nascimento:

> "A major function of ritual is cultural preservation. Through explicit enactment of a culture's belief system, ritual works both to preserv and to transmit the culture. Preserving the culture includes perpetuating its power structure, so it is usually the case that those in positions of power will have unique control over the ritual performance".

Assim, como etapas rituais, o período de gestação, parto e pós-parto são etapas em que são preservados e transmitidos os valores de uma sociedade ou de uma comunidade, de maneira em que devem ser observados os atores sociais que participam, as regras sociais e os lugares de poder, seja do indivíduo (a mãe, a mulher) seja de uma instituição (o hospital). Nesta pesquisa, em virtude das limitações impostas pela pandemia da COVID-19, apenas as mães foram ouvidas, não sendo possível acessar as instituições hospitalares ou conversar com os profissionais da área de saúde envolvidos na cena de atenção ao parto.

McCallum e Reis (2009) em um estudo sobre parto hospitalar como processo ritual, em Salvador-BA, tomam como base o estudo de Robbie Davis-Floyd, que utiliza a teoria do ritual de Van Gennep. As autoras tecem críticas a respeito da obra de Davis-Floyd, colocando em evidência o fato de não ter despertado muito interesse no mundo antropológico e chamando a atenção para os possíveis motivos, como o excesso culturalista da teoria, os próprios temas reprodução e parto, que eram colocados de lado na disciplina e, ainda, aspectos teóricos, que se assentam na dicotomia entre sociedades modernas e tradicionais, de maneira que o ritual tem uma função englobante nas sociedades pré-modernas e nas modernas. Por contraste, o sagrado é restrito a uma esfera delimitada: "O que existe fora do sagrado não é o ritual, senão

a”ritualização”, que pode ser análoga ao ritual religioso, mas é concebida como fundamentalmente distinta (McCallum e Reis, 2009, p.206).

A seguir, as memórias das experiências das interlocutoras apresentam as etapas rituais ao considerar o período anterior à gestação, da gravidez, do parto e do puerpério. Vejamos!

3.2. As memórias do parir sob a luz ritual

Dentre os relatos do processo de parturição envolvidos na pesquisa, dois foram selecionados para que fosse possível perceber as diferenças na descrição de cada rito de passagem. Um dos relatos nasceu das memórias de Emília Castro, que passou por um parto cesárea no ano de 2020; o outro, de Geilsa Martins, que passou por um parto vaginal, em 2021. Ambos os partos ocorreram em hospital privado, na cidade de Aracaju - SE. O modelo tecnocrático, bem explicitado por Davis-Floyd, imprimiu as diretrizes mais gerais dessas duas experiências, que tiveram desfechos diferentes, mas guardaram semelhanças em determinadas crenças e valores, que definiram certas escolhas no processo de parturição.

Emília é mãe, artesã, graduada em jornalismo, sua religião é evangélica, estava com 32 anos quando pariu e a cor de sua pele, é amarela. Geilsa Martins estava com 33 anos quando o bebê nasceu, trabalha como bancária, tem pós-graduação, considera-se parda e segue a religião espírita.

Na sequência, a transcrição da conversa com as duas interlocutoras apresenta detalhes que, certamente, enriquecem o olhar do leitor e permite até mesmo mergulhar na experiência trazida na memória de cada uma delas.

As memórias do parir de Emília Castro

> “Se você falar assim: sua memória do parto é boa? É maravilhosa! É maravilhosa. Eu pari no plantão e nenhum obstetra me violentou, que é o que acontece no Brasil. Eu pari cesariana porque eu tive uma intercorrência, o coração da minha bebê acelerou”. (Memórias de Emília Castro, 25/01/2022).

A primeira interlocutora, ou melhor dizendo, a primeira mulher que se dispôs a compartilhar de suas memórias para esta pesquisa, que vão desde as memórias sobre o planejamento para a gravidez até o parto e puerpério, foi Emília Castro. A conversa aconteceu dia 25 de janeiro de 2022, na casa de sua mãe, onde também funciona seu atelier de bijuterias confeccionadas por ela mesma. Nessa data, sua primeira e única filha, que estava com a idade de um ano e dois meses, se encontrava na creche, onde permanecia no turno da manhã, durante cinco dias na semana.

Emília é mãe, artesã, graduada em jornalismo, sua religião é evangélica e a cor de sua pele, amarela. Iniciou tratamento para engravidar, tirou o Dispositivo Intra Uterino (DIU) e engravidou sem dificuldades, pouco tempo após a retirada do contraceptivo. Deu à luz aos 32 anos de idade em uma clínica particular na cidade de Aracaju. Seu parto foi cesareana, embora tenha vivido e experienciado quase todas as etapas de um parto normal, ao lado, na maior parte do tempo, de seu companheiro, mas também acompanhada por uma doula e uma fotógrafa de parto.

O início da conversa foi marcado pelas experiências dos partos de sua mãe, que pariu por quatro vezes, todos normais. Emília diz que, quando ela nasceu, “parto normal era ‘normal’ e que as torturas eram normais, então ela cresceu sabendo como era um parto normal e não sabia que aquilo era uma violência obstétrica”. Apesar de não ter especificado, inicialmente, seu entendimento a respeito de violência obstétrica, uma expressão usual contemporaneamente e que parece se contrapor às práticas de um parto humanizado, Emília disse ter decidido ter parto normal após uma pessoa da sua família ter passado por um parto vaginal sem sofrer qualquer tipo de violência.

A decisão tácita de parir por via vaginal, no entanto, veio seguida de um preparo para mudar a concepção de parto normal atrelado à violência:

> “Eu fui preparada para mudar essa concepção. Então, meu esposo me preparava, a fisioterapeuta que me acompanhou, me preparava, a própria doula falava sobre isso também: “olha Emília, a gente precisa se preparar pro parto normal, mas se acontecer uma cesariana, tal”? E eu fui deixando, isso acontecer, né?

O preparo não foi apenas individual. Contou com a participação do seu companheiro e de profissionais, portanto, houve um preparo físico (fisioterapeuta pélvica), cujo objetivo foi preparar o corpo para a passagem do bebê, com a melhoria da mobilidade e elasticidade da pelve, e um preparo psicológico (doula), para minimizar o medo do momento do parto, das dores e elevar a autoconfiança para a capacidade do corpo de parir. Todo esse contexto corrobora com a ideia de que o parto é um evento fisiológico e também cultural, uma vez que vem agregando diferentes atores sociais ao longo do tempo, nas práticas ligadas ao parto: já foram apenas mulheres mais velhas e experientes, parteiras, mulheres da família e, no atual modelo obstétrico, diferentes profissionais de saúde, de ambos os sexos.

Emília relembra que a decisão de contratar uma doula se deu por considerar relevante ter apoio psicológico naquele momento. E como estava em um período de pandemia (COVID-19), os atendimentos foram virtuais. Mais adiante, no quinto mês de gestação, o acompanhamento com a fisioterapeuta pélvica foi marcado por um grande volume de informações recebidas, preparo psicológico e exercícios pélvicos, posturais, respiratórios, massagens pélvicas, simulação do período expulsivo do bebê com o equipamento Epi-no[4] e testes de como seria o parto vaginal em diferentes posições corporais (em pé, agachada, na banqueta ou deitada), de maneira que a escolha deveria ser a mais confortável para a gestante. Rememora Emília:

> "Clara deu uma aula (...) no computador mesmo, em uma das sessões, de como era que a gente... como seria o passo a passo no dia em que Carolina fosse nascer, que a gente deveria ficar calma. Ela trabalhou o meu psicológico, ela trabalhou como seria, mostrava vídeos (...). Assim, aí eu falava: tá tudo aqui, eu sei fazer tudo, né? Na hora só preciso de ajuda pra fazer isso. Então assim, Clara me conduziu perfeitamente".

Foi também a fisioterapeuta pélvica quem chamou a atenção de Emília, em sua última consulta, quando estava com trinta e nove semanas de gestação, para o fato de que poderia haver a necessidade de indução do seu

[4] Segundo o site (https://epi-no.com.br/), o EPI-NO é um aparelho que possui uma sonda inflável que, após introduzida na região vaginal, possibilita o fortalecimento da musculatura perineal e o treino da expulsão com a sonda, simulando a cabeça do bebê, levando à redução das taxas de episiotomia e lacerações durante o parto vaginal.

parto ou mesmo para a realização de uma cirurgia cesariana, em virtude de sua diabetes gestacional, detectada durante o período do acompanhamento pré-natal. A informação foi confirmada pela obstetra, que deixou clara a intenção de realizar uma cirurgia ou induzir o parto na quadragésima semana, caso não houvesse dilatação, para evitar intercorrências em virtude da diabetes. O exame de imagem (ultrassonografia) a ser realizado na quadragésima semana decidiria o tipo de parto que deveria ser realizado.

Entrando em um estado de ansiedade, Emília diz ter se ocupado, propositalmente, com questões rotineiras e iniciado uma série de ações no intuito de acelerar o processo de trabalho de parto: caminhar, subir e descer escadas, sessões de acupuntura, compressas de água quente, massagens, entre outros movimentos físicos.

Na semana de número quarenta, final do período de gestação, leves contrações surgiram, mas não tiveram continuidade. No domingo das eleições do ano de 2020 (15/11/2020) Emília lembra, com certo orgulho, de ter ido votar, mas antes disso foi realizado um descolamento de placenta, por um obstetra em uma clínica, para acelerar as contrações. Além desse procedimento, realizou outras sessões de acupuntura e mais exercícios físicos, o que não resultou na fase tão desejada, que era o trabalho de parto ativo. Ainda assim, o início do processo estava surgindo, com dois centímetros de dilatação do colo do útero.

Os centímetros de dilatação aumentaram lentamente, de maneira que dois dias após o descolamento da placenta, ela estava com três centímetros. Na consulta de quadragésima primeira semana, a obstetra indicou que Emília deveria ir ao plantão médico do hospital para a realização de indução do parto com um medicamento chamado Misoprostol. Entretanto, essa conduta é avaliada por cada médico e o obstetra plantonista poderia não concordar com a indicação, o que de fato aconteceu.

Aqui cabe um parêntese para falar sobre o Misoprostol, também conhecido como Cytotec, fármaco utilizado como com finalidade abortiva, incluído no comércio clandestino, no contexto de ilegalidade do aborto no Brasil. Sua comercialização em farmácias sofreu restrições em 1991, com a obrigatoriedade de apresentação de receituário e em 1998 passou a ter controle especial pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA),

restringindo o acesso apenas a hospitais. As restrições resultaram na criminalização da compra e venda, com pena que vai de 10 a 15 anos de prisão, de acordo com o Código Penal dos anos 1830, 1890 e reafirmado no Decreto-Lei 2.848/40. Há um Projeto de Lei em tramitação na Câmara dos Deputados que aumenta a pena para 20 anos (PL 3415/19).

Importante mencionar que, inicialmente, o medicamento era indicado para o tratamento de úlceras e, a partir da década de 1980 passou a ser utilizado para a realização de abortos, pois esse era um dos efeitos colaterais. Sua utilização se mantêm até hoje, apesar da ilegalidade. Uma revisão de estudos realizados no país sobre o medicamento (Machado e Taquette, 2022), aponta que “uma em cada cinco mulheres até os 40 anos de idade já realizou pelo menos um aborto em sua trajetória reprodutiva”, de maneira que o medicamento é uma das opções para concretizar a decisão sobre a vida reprodutiva. Outro dado demonstra que “são realizados anualmente pelo menos 503 mil abortos no Brasil”. Desse total, 48% de abortos foram realizados com o uso de medicamentos.

De acordo com Machado e Taquette (2022), o preço e a segurança são aspectos que podem explicar a procura do fármaco como uma alternativa de aborto, embora cerca de metade das mulheres que o utilizam precisam ser internadas para finalizar o aborto, tendo dificuldade de obter assistência hospitalar e sofrendo maus-tratos.

De volta ao relato de Emília, e no contexto da utilização do Misoprostol em ambiente hospitalar, o médico que se encontrava no plantão da maternidade, na noite da quarta-feira, dia 18/11/2021, não concordou em induzir o trabalho de parto com medicamento. O procedimento realizado foi uma manobra de descolamento da membrana amniótica, que visa separar o saco amniótico do útero. Emília conta que estava com quarenta e uma semanas de gestação, quatro centímetros de dilatação e muita ansiedade, mas compreendeu que, naquele momento, o hospital e o obstetra de plantão estavam com muitas intercorrências obstétricas e voltou para casa. Entretanto, não tardou retornar, pois a bolsa amniótica rompeu-se logo que voltaram para casa.

O retorno para a Clínica Santa Helena aconteceu depois que, em casa, o Plano de Parto foi editado, com uma clara concordância de utilização da

ocitocina sintética, para a aceleração das contrações e um trabalho de parto menos demorado. Percebendo que o processo estava lento, Emília e seu companheiro concluíram que, uma vez na clínica e sem a evolução esperada, os obstetras certamente indicariam um parto cesariano. Eles seguiram para a clínica: “Isso era uma quarta-feira, meia-noite. E...e aí eu me internei”, diz Emília.

Estavam no quarto, acompanhando o trabalho de parto: o companheiro, a doula e a fotógrafa. As lembranças são de uma noite carregada de ansiedade, o que não permitiu o relaxamento necessário para uma mulher que está em trabalho de parto e pretende ter um parto vaginal. Às seis da manhã, sem dormir, Emília ansiava pela aplicação da ocitocina. Duas horas após, durante a visita da nova médica de plantão, foi feito o anúncio da indicação do uso de antibiótico, em virtude da bolsa rota[5], a leitura do Plano de Parto e a avaliação da aplicação do hormônio sintético (ocitocina), o que só aconteceu ao meio dia, quando a dilatação do colo uterino chegava a seis centímetros.

A partir de então, Emília lembra que “a doula começou a entrar em ação realmente”, fazendo massagem com rebozo[6], um método natural utilizado com um tecido para aliviar as dores, perguntando qual a posição mais confortável, fazendo exercícios de respiração, na bola, em pé e sentada. No fim da tarde, na sala de pré-parto, Emília estava com sete centímetros de dilatação. Utilizou de métodos não medicamentosos para alívio das dores nas contrações e, apesar da companhia da doula e da fotógrafa, seu acompanhante inseparável era seu companheiro e pai do bebê que estava prestes a nascer. Com ele e ao lado dele, Emília revelou sentir-se segura, mas também e principalmente, precisava dele para ter força: “Parece que pra eu ter força, força, ele precisava tá ali, sabe? Parece que quando eu olhava pra ele, ele entendia a dor que eu tava sentindo. Era alguma coisa assim”.

Somente após muitas trocas de plantões médicos, exercícios, doses de ocitocina, longos banhos com água quente, com pouca luz, conversa tranquila e música, em companhia da doula, Emília foi convencida pelo companheiro a

[5] Quando há um rompimento da membrana amniótica antes da gestante iniciar o trabalho de parto.

[6] O rebozo é um xale tecido com técnicas tradicionais indígenas, presente na cultura mexicana desde o século 17 e que foi incorporada na vida contemporânea, ganhando novos usos, que vão do nascimento à morte humana.

ser encaminhada para a sala de pré-parto e passar por uma avaliação médica, onde foi detectada a dilatação de oito centímetros e a aceleração dos batimentos cardíacos da bebê. A ocitocina foi retirada para avaliar a reação do organismo e das contrações. E Emília relembra:

> "e parei de sentir contração. Tirou a ocitocina, a contração vinha como se fosse uma dor de murro rápido, sabe? Ela começou a vir muito espaçada. Aí eu falava... aí eu dizia: - Neto[7], tem alguma coisa errada. Aí ele disse assim: - o coração de Carolina acelerou. A gente tinha combinado que se desse alguma coisa errada você ia pra Cesariana... É a hora, o momento é esse..."

Foi nesse cenário que os pais do bebê que estava prestes a nascer, decidiram pelo parto cirúrgico: após muitas horas no trabalho de parto, ocitocina, massagens, trocas de plantões médicos, tensão e a aceleração cardíaca do bebê. Recorda Emília:

> Aí eu chamei o doutor João e foi bem engraçado nessa hora, assim, engraçado... Explicar a ele, eu, né? Explicar: ó doutor João, vou querer a cesariana por causa disso, disso e disso. Já tô há sete dias em trabalho de parto, eu tenho diabetes gestacional... Ele olhou pro meu braço e disse: "Se eu tivesse visto essa pulseira já teria lhe operado antes".
>
> Aí eu disse: vamos pra cesariana. Aí ele disse: "Olha, tem uma mãe que chegou aqui que está com uma intercorrência. Eu vou fazer o parto dela, vou mandar lhe preparar e vou fazer seu parto.
>
> Falei: está certo. Já passava de meia-noite. Era dia vinte de novembro, Dia da Consciência Negra. Meu esposo é negro. E achava que Carolina ia ser preta**.** E aí eu fui pra cesariana.

Após a decisão, Emília foi levada ao Centro Cirúrgico, para que fosse administrada a anestesia. Além da enfermeira, estava a fotógrafa, profissional que teve autorização da instituição hospitalar para acompanhar todas as etapas do trabalho de parto e parto, embora o anestesista não houvesse concordado com a sua permanência lá.

Emília lembra ter sido no centro cirúrgico que sofreu violência: "eu lembro que na sala de cirurgia eu sofri uma violência com o anestesista (...) Já

[7] Companheiro de Emília.

parte de uma violência que o esposo da gente, que é o porto seguro, não pode estar na hora da anestesia". Durante o trabalho de parto, no hospital, Emília diz ter se alimentado diversas vezes, o que, em geral, não é recomendado para pessoas que terão medicamentos anestésicos administrados. A reação de Emília foi o vômito. E após vomitar e ficar suja, pediu para ser limpa e o médico não limpou e não permitiu que a fotógrafa a limpasse.

Além de ter sentido que o anestesista teve uma conduta ruim, Emília lembra do fato de ter tido seus braços presos na mesa se cirurgia, durante o parto, que no local havia luz artificial muito forte, chegando a incomodar seus olhos e que a música escolhida para o nascimento, não foi colocada:

> "E eu lembro que logo que a Carolina veio pra mim, ela não veio por baixo, eles enrolaram e botaram ela aqui, eh eu falava: eu não consigo pegar ela porque eu tô amarrada, quem me soltou foi a doula. Então assim, eles demoram muito também pra soltar a pessoa. E aí eu peguei ela e tudo mais, depois a pessoa pegou ela".

O bebê, após ser apresentado aos pais, é levado para a assepsia e a mãe descansa. Emília lembra que, após a cirurgia, acordou em uma sala que mais parecia um necrotério:

> "Quando eu acordei eu já estava na outra sala, uma sala que eu estava assim toda eh... desculpa, mas parecia um necrotério. Sabe quando tem um monte de corpo em maca? Com um pano por cima? Eu me senti assim (...). Um lugar supersilencioso! Só tem mulheres acamadas. Tinha umas duas. Eu acho que tinha a que tinha parido antes de mim, e tinha mais uma, que tinha parido depois".

Na sala descrita por Emília, ela permaneceu por cerca de cinco horas. Quando chegou no quarto, sua filha foi levada até ela, para a amamentação, que ocorreu com tranquilidade. Emília diz que, como não teve a chamada "hora de ouro" no centro cirúrgico, foi orientada pela fisioterapeuta obstétrica a dar sua máxima atenção nesse primeiro contato direto. A hora de ouro corresponde à primeira hora após o parto, quando mãe e bebê tem o contato pele a pele e quando ocorrem os primeiros estímulos para a amamentação.

Emília e a recém-nascida permaneceram no hospital por três dias. O puerpério foi marcado por muitas dores no local da cirurgia, que muitas vezes

atrapalhavam seu sono. Por outro lado, teve apoio de familiares e amigos, em sua nova rotina, que sofreu alterações significativas. Dentre as suas memórias, nada foi lembrado sobre qualquer tabu alimentar no puerpério, todavia a família seguiu a orientação da fisioterapeuta pélvica e comprou comida congelada, para contribuir com a nova rotina: “a gente começou a comer de marmita...”

A respeito da fisioterapeuta obstétrica, Emília relata:

> “foi a melhor pessoa que aconteceu... Eu digo que o parto ideal pra mim hoje, se eu fosse parir, era ter uma fisioterapeuta e um médico me acompanhando o tempo todo, eu não abriria a mão”.

É a essa profissional que Émilly atribui a possibilidade de ter ocorrido um parto normal, caso ela estivesse presente durante o trabalho de parto, pois ela teria detectado a posição do bebê, ainda na barriga, como sempre fazia durante as consultas e feito manobras para mudar a posição e facilitar o parto vaginal. Segundo Emília, sua bebê estava de cabeça para baixo (posição cefálica), mas seu queixo não estava junto ao tórax. O bebê estava olhando para cima, chamado pela obstetrícia de posição cefálica defletida. Um dos médicos plantonistas que acompanhou Emília durante o trabalho de parto a visitou no dia seguinte ao nascimento e ficou surpreso ao saber que o parto havia sido cesariana. Segundo Emília, explicou o obstetra:

> “Você iria ter parto normal, mas iria demorar muito mais tempo. Poderia ter feito se a gente tivesse descoberto isso, feito uma manobra pra ela mudar de posição. E se a gente não conseguisse mudar de posição, o expulsivo poderia demorar um pouco mais, a gente poderia ter usado o fórceps”.

Emília lembra que sua filha estava posicionada (na posição cefálica) desde muito cedo, com trinta e oito semanas, quando realizou uma ultrassonografia e a radiologista anunciou que ela não tardaria nascer. E se não ocorreu o que esperava, ela atribui aos mistérios divinos e da ciência:

> “Eu acho que se não fosse isso da cabecinha dela, realmente meu parto tinha acontecido entre trinta e oito e quarenta semanas tranquilamente. Eu tava fazendo exercício e tudo mais. Só que assim, né? São os mistérios de Deus e da ciência humana, da ciência do nosso corpo e a gente não explica...”

As memórias do parir de Geilsa Martins

> “Fui diagnosticada com diabetes gestacional, já no iniciozinho, pelo exame de glicemia, então, já cuidei total da alimentação, o que me ajudou bastante para não engordar. Engordei o necessário para gravidez. E fui seguindo nessa linha, estudando, pesquisando a respeito. Fui atrás de uma fisioterapeuta pélvica, não fui atrás de doula..(...) Quando foi mais para o final da gestação, o acompanhamento mais intenso com a fisioterapeuta pélvica, que ela ensinou pra gente os exercícios, para encaixe do bebê, ensinou os exercícios para alívio de dor e os exercícios também para facilitar na hora do parto”.

Geilsa teve seu primeiro e único filho de parto natural, dia 22 de dezembro de 2021, mas antes de engravidar pensava no que poderia ser mais fácil: marcar a data do nascimento do bebê. Os planos mudaram logo que começaram suas leituras a respeito dos tipos de parto e suas implicações para mãe e bebê, levando à decisão pelo parto normal e a desistência pela opção anterior, o parto cirúrgico. Entretanto, ela lembra que ‘trabalhou a mente’ para qualquer mudança repentina e a necessidade de passar por uma cesareana.

A conversa com Geilsa foi virtual, por meio de uma vídeo-chamada, dois meses e cinco dias após o nascimento do seu filho. Ela, que estava com 33 anos quando o bebê nasceu, trabalha como bancária, portanto aproveitava o período de licença maternidade, tem pós-graduação, considera-se parda e segue a religião espírita.

As memórias iniciais de Geilsa nos direcionaram para a dificuldade que ela teve de encontrar um obstetra a favor do parto normal, mas conseguiu localizar e logo, desde o início da gravidez, começou a trabalhar corpo e mente para que o parto ocorresse normal e com tranquilidade. Praticou atividade física (Pilates) desde a décima segunda semana e teve uma alimentação considerada saudável, em virtude principalmente do diagnóstico da diabetes gestacional, após exame de glicemia.

Geilsa contratou os serviços de uma fisioterapeuta pélvica, cujos encontros se intensificaram mais ao final da gestação, com os exercícios para facilitar “o encaixe” do bebê, para o período expulsivo e para o alívio das dores.

Contratou também a disponibilidade do médico obstetra, que compõe uma equipe com mais duas enfermeiras obstétricas e que ficam disponíveis à gestante desde o início do trabalho de parto até o nascimento do bebê. Durante a gestação, as enfermeiras fazem uma visita domiciliar, repassando informações sobre o parto e dando suporte emocional para tranquilizar os pais quanto ao processo de parto.

Os exercícios físicos, as atividades realizadas, em sua maioria, a pé, e a alimentação balanceada contribuíram muito para o momento do nascimento. Geilsa diz que não se entregou ao cansaço. Participava de um grupo onde seis outras amigas estavam gestantes e compartilhavam muitas informações. Um dos assuntos em pauta foi o Plano de Parto, que Geilsa elaborou após buscar conteúdos virtuais e conversar com o obstetra. Como não pretendia passar por um parto natural, registrou nesse documento a concordância e o desejo de receber analgesia farmacológica nos momentos de dor.

Ao chegar na trigésima sétima semana e após realizar um ritual festivo com amigas e familiares, chamados de chá de fralda ou chá de bebê, Geilsa disse para o filho: “Pronto, agora você vem quando você quiser, está liberado. A porteira tá aberta, você fica tranquilo pra vir”. E foi nessa semana que começou a sair o tampão mucoso, um dos primeiros sinais do corpo para o nascimento do bebê.

Foi no dia em que completou trinta e oito semanas, período de festas de final de ano, quando Geilsa estava em casa sozinha, à noite, por volta das 20h, que o trabalho de parto iniciou, com mexidas diferentes na barriga e o vazamento de fluidos, como sangue e o líquido amniótico, além do tampão mucoso. Meia hora depois, quando Geilsa já havia feito contato com o companheiro, o médico, a família e a vizinha, que veio acompanha-la de perto, as contrações iniciaram e 00:17h ela já segurava o bebê em seu colo:

> “E aí começaram as contrações, 20:30h, mais ou menos, começaram as contrações. Eu tinha estudado que tem toda umas cinco fases pra você passar, até você entrar na fase realmente ativa. Então, eu falei assim: Ah, vai nascer, se for pra nascer, vai ser amanhã. Tranquilo, tudo bem. Só que aí nós começamos a contar as contrações. E aí as contrações estavam bem ritmadas, estava tendo muitas contrações em menos de um minuto”.

Até 21h as contrações estavam ritmadas e o aplicativo que Geilsa utilizava dando orientações sobre a contagem das contrações indicava que era hora de ir para o hospital. As enfermeiras obstétricas confirmaram que a contagem estava correta, mas se não havia dor, era necessário relaxar, pois ainda demoraria para entrar na fase mais ativa do parto. O quadro mudou pouco tempo depois, pois as dores chegaram e se intensificaram rapidamente, chegando ao que Geilsa classificou como dor nível 10 às 22:30.

Geilsa estava em casa acompanhada pela sua vizinha. Seu companheiro chegou às 22h e a enfermeira obstétrica, às 23:30h, quando ela já havia tentado várias formas naturais para aliviar as dores:

> “E aí eu fiz tudo, tudo o que me ensinaram. Chuveiro, chuveiro quente nas costas. Fui tentando fazer respiração, o exercício para alívio de dor, mas nada tava dando certo. Pelo menos a minha dor não estava aliviando. Tentei deitar, não consegui. Tentei ir pra bola de Pilates, não consegui. Peguei uma cadeira de plástico, fui fazendo, fui respirando, daqui a pouco eu tava gritando de dor. A enfermeira obstétrica chegou aqui em casa 23:30h. E aí eu já estava indo pra Nárnia e voltando várias vezes”.

Apesar de todas as dores e as técnicas utilizadas para a analgesia natural, Geilsa lembra que tinha uma preocupação que lhe acompanhava de forma insistente: que o seu filho encaixasse em sua pelve na posição cefálica, o que facilita a passagem na hora do parto. Ela lembra de ter sido informada que o encaixe do bebê provocaria uma dor diferente, como se os ossos estivessem abrindo. No entanto, as contrações estavam tão fortes que não foi possível fazer qualquer distinção. E a despeito das fortes contrações, ela fez diversos exercícios ensinados pela fisioterapeuta para garantir o encaixe do bebê.

Oito centímetros de dilatação do colo uterino ao exame de toque realizado pela enfermeira, às 23:30 e a certeza de que o bebê estava mais do que encaixado indicavam que era chegada a hora de ir para o hospital. Nesse momento da conversa, as lembranças foram interrompidas para dar lugar a uma pergunta direcionada a Geilsa: você cogitou parir em casa? A resposta foi imediata:

> “Não. Nunca pensei. Só se fosse aquela questão assim: eita, saiu, acabou, já era! Porque tem esses partos assim que são maravilhosos também, aí tudo bem. Mas se fosse uma questão de eu realmente ter

> o trabalho de parto em casa, eu nunca tive intenção. A minha intenção sempre foi: ficar em casa o máximo possível, sofrer no meu ambiente o máximo possível, pra ir pra um ambiente hostil entre aspas, que seria o hospital, pra passar o mínimo necessário. Porque aqui é a minha cama, é o meu chuveiro, eu sento no chão porque eu não tenho nojo, eu sei que tá limpo. Hospital sempre tem aquela coisinha, né? Ah, é hospital e tal..."

No hospital, lembra Geilsa, estavam todos avisados de que ela chegaria e com fortes dores. Não houve sequer a parada obrigatória para preenchimento de documentos antes de uma admissão habitual a uma instituição de saúde. O médico aguardava e uma maca já estava preparada para levá-la ao centro cirúrgico, onde foi realizado mais um exame de toque, que constatou dilatação máxima do colo uterino. O bebê não tardaria nascer, então o obstetra perguntou como Geilsa iria parir. A posição indicada por ela, com muita segurança, foi de cócoras, pois foi a posição mais confortável durante os treinos com a fisioterapeuta e ela já estava certa de que assim aconteceria. De volta à maca, Geilsa foi levada à sala de parto, cuja estrutura física permite à parturiente se posicionar melhor:

> "Eu fui pro centro cirúrgico, meu médico fez exame de toque, 10 cm. E ele falou assim: Gabi, você vai parir como? Aí eu falei assim: vou parir de cócoras. Eu já tava certa que eu ia parir de cócoras. Porque com a fisioterapeuta eu fiz exercício de lado, de cócoras, na banqueta. E o que eu mais me senti confortável foi de cócoras. Então eu vou parir de cócoras! Ele disse: é? Tá certo! Aí ele me botou de volta na maca e me levou pra sala de parto. Eu não pari no centro cirúrgico".

Não houve necessidade de administração de anestesia ou ocitocina e não foi realizada episiotomia, procedimentos recorrentes nos partos hodiernos. Geilsa ficou acocorada e segurando a mão do seu companheiro durante todo o período expulsivo do parto que, pelos seus cálculos, durou cerca de meia hora. Ela lembra de ter feito três forças maiores para o bebê nascer:

> "Eu fiz várias forças, né. Ele coroou, parou no círculo de fogo duas vezes e depois ele saiu. Foram três forças, fora as outras forças pra ele realmente aparecer, mas aí não aparecia. Aí quando ele coroou, foi uma força. Aí parou no círculo de fogo. Outra força, abriu mais um pouquinho, parou. Mais um pouquinho o círculo de fogo. Na outra força ele saiu. Aí foi meia noite e dezessete".

A escolha da posição no período expulsivo se deu pelo conforto e segurança obtidos durante os exercícios com a fisioterapeuta, além do uso do dispositivo Epi-no, uma sonda inflável que proporciona o fortalecimento da musculatura do períneo. A parturiente rememora que focou no caminho mais fácil para a saída do filho, deixando em segundo plano o seu cansaço físico: “Cócoras não é tão confortável por causa das pernas. Mas eu achei que era mais fisiológico, pra mim fazia mais sentido o cócoras na questão do caminho da saída”.

Geilsa permaneceu no chão, sentada, para acolher o bebê recém-nascido. Tentou amamentar, o que não foi aceito pelo filho; ambos estavam cansados de todo o esforço empreendido. Ficaram juntos até o cordão parar de pulsar e o pai efetuar o corte. Depois de um tempo, um mal-estar, em virtude da perda sanguínea e o cansaço, tomaram Geilsa, que entregou o filho para a pediatra. Ela lembra ainda que tudo o que estudou a respeito do “nascimento do segundo filho”, a placenta, se esvaiu, levando o obstetra a fazer a retirada, puxando.

Por decisão dos pais o recém-nascido passou o restante da madrugada, até às 8h da manhã, no berçário. Durante todo o dia ficou sonolento, foi ao colo da mãe algumas vezes, mas não aceitou o leite materno. Ao despertar, mamou bastante, sem qualquer dificuldade. Ficaram menos de 48h no hospital. O pai acompanhou todo o ritual, inclusive o primeiro contato com o filho. Geilsa menciona que ele foi muito forte, pariu junto com ela e deu todo o suporte:

> “Só quero saber que você está aqui! Na hora do expulsivo não, porque ele tem que me segurar. Porque o cócoras ele faz parte, ele pare junto comigo. Ele ficou atrás de mim dando suporte na coluna e nos braços o tempo inteiro. Ele me deu todo esse suporte. Aí foi ótimo, porque aí quando Pedro nasceu, o primeiro contato foi comigo e com ele ao mesmo tempo, e aí a gente pode ficar aquele momento junto”.

Geilsa mencionou a importância do companheiro durante todo o processo, e ressaltou ainda o treino do corpo realizado durante a gestação, sob orientação da fisioterapeuta pélvica. Os exercícios, que envolvem as técnicas de parto, promovem fortalecimento da musculatura pélvica e um trabalho associado com a respiração e força abdominal corretas; Geilsa colocou que, de

acordo com as técnicas empregadas, até mesmo o movimento da boca e o grito, para aliviar a dor, interferem no tempo do trabalho de parto e na facilidade com que o processo pode ocorrer:

> “(...) ela (a fisioterapeuta pélvica) fez exercícios comigo, de expulsivo. Então, como era o meu primeiro parto, não tinha ideia de como era aquilo, de como o corpo trabalha nessa hora. Então, assim, quando ela bota o Epi-no para a gente expulsar, a gente fica sem saber se vai conseguir ou não. E aí, é uma coisa natural, mas às vezes não é (...). Então, no trabalho de parto, você não tem que botar pra dentro, você tem que botar para fora, senão você atrapalha o trabalho de parto. E se você não tem essa orientação, do que fazer, de como se movimentar, de como fazer a força certa, você acaba tendo um trabalho de parto mais prolongado do que deveria”.

Depois que o ritual é finalizado, há um período para o entendimento da nova realidade e do novo papel que a mulher assume, o de mãe: “a ficha vai caindo ainda... você fica: meu Deus, nasceu, sou mãe, tal”. Ela considerou que o parto foi lindo e reconhece algumas vantagens do parto natural para o bebê:

> “A questão da saúde, quando você faz um processo mais natural, mais fisiológico possível, as coisas caminham de uma forma mais natural também. A parte respiratória, a parte dos nutrientes que ele recebe, até o momento que ele realmente tem que receber.”

3.2.1. O pré-parto ou ritual de liminaridade

Considero aqui pré-parto o momento que antecede a gravidez, desde o planejamento para a gestação, a descoberta de estar grávida e a própria gestação. Começo portanto, com as memórias de Emília, a qual realizou tratamento para engravidar, o que aconteceu sem dificuldades logo que ela retirou o Dispositivo Intra Uterino (DIU). Desejou ter parto normal, embora sua experiência com esse tipo de parto estivesse atrelado aos quatro partos vaginais pelos quais sua mãe passou, o que a fez atribuir esse tipo de parto à tortura e à violência obstétrica.

Para que a decisão de vivenciar um parto normal se mantivesse, Emília lembra que passou por um longo preparo, que não foi apenas individual. Contou com a participação do seu companheiro e de profissionais, portanto, o

período de liminaridade foi marcado por diversas atividades (diferentes de sua rotina habitual), que marcaram uma etapa de preparo do corpo e da mente, para passar pelo clímax, a chegada do bebê. Houve preparação física (fisioterapeuta pélvica), cujo objetivo era exercitar o corpo para a passagem do bebê, com a melhoria da mobilidade e elasticidade da pelve; e houve também preparo psicológico (com a doula), para minimizar o medo das dores do parto, elevando a autoconfiança para a capacidade do corpo de parir.

Na experiência de Geilsa Martins, o período de margem guarda semelhanças com o de Emília. Antes de engravidar, pensava em parto cirúrgico, mas após estudar a respeito dos tipos de parto e suas implicações para mãe e bebê, decidiu pelo parto normal. Entretanto, ela lembra que 'trabalhou a mente' para qualquer mudança repentina e a necessidade de passar por uma cesariana. Sua dificuldade foi encontrar um obstetra a favor do parto normal, mas conseguiu localizar e logo, desde o início da gravidez, "começou a trabalhar corpo e mente" para que o parto ocorresse normal e com tranquilidade.

Para o preparo físico e mental, Geilsa contou com os serviços de uma fisioterapeuta pélvica, cujos exercícios contribuíram para facilitar "o encaixe" do bebê antes do período expulsivo, além do alívio das dores. Contratou também a disponibilidade do médico obstetra, que compõe uma equipe com mais duas enfermeiras obstétricas e que ficam disponíveis à gestante desde o início do trabalho de parto até o nascimento do bebê. Durante a gestação, as enfermeiras fizeram uma visita domiciliar, repassando informações sobre o parto e dando suporte emocional para tranquilizar os pais quanto ao processo de parto.

Todo o contexto apresentado das duas experiências, de Emília e de Geilsa, corrobora com a ideia de que o parto é um evento fisiológico e também cultural, uma vez que vem agregando diferentes atores sociais ao longo do tempo, nas práticas ligadas ao parto: no passado não muito distante viam-se apenas mulheres mais velhas e experientes, parteiras, mulheres da família e, no atual modelo obstétrico, tem-se a presença de diferentes profissionais de saúde, de ambos os sexos: enfermeiras obstétricas, fisioterapeutas, doulas, "obstetras humanizados", entre outros.

Outro aspecto que deve ser mencionado a respeito do período de margem (ou liminaridade), com base nos relatos acima é a autopercepção de Emília e Geilsa em relação ao corpo e a capacidade de parir naturalmente. Parece bastante clara a necessidade de adequações ou exercícios preparatórios para que o parto normal ocorra.

Pode-se atribuir essa ideia ao modelo obstétrico hegemônico e aos procedimentos padrões instituídos no decorrer dos anos, que relegou a mulher ao papel secundário no seu próprio parto, colocada na posição de paciente, passiva, na maior parte das vezes, diante das decisões e regras hospitalares ou mesmo diante do conhecimento acerca de sua fisiologia, da produção hormonal, do corpo que, sozinho, se prepara para a expulsão do bebê, a menos que hajam complicações ou acontecimentos que dificultem o nascimento. Para casos como esses, os conhecimentos técnicos, obstétricos e a tecnologia, estão à disposição.

3.2.2. Os ritos de parto e a reintegração da mulher

Van Gennep (2011, p. 53) diz que

> “os ritos de parto tem por objetivo reintegrar a mulher nas sociedades a que pertencia anteriormente ou designar para ela uma situação nova na sociedade geral, na qualidade de mãe, sobretudo quando se trata do primeiro parto e do nascimento de um menino”.

Caso se trate do primeiro parto, esse mesmo autor diz que há uma importância social considerável, que é expressa de diversas maneiras em diferentes povos, como entre os Bontoc-Igororrote das Filipinas. Em seus estudos do início do século XX com esse povo, Gennep observou que uma moça só poderia se casar se tivesse um filho, dando prova de poder servir como animal reprodutor.

Essa se constitui como uma marcante diferença entre os processos rituais em sociedades ditas tradicionais, cujas características indicam homogeneidade e sociedades chamadas modernas, com características heterogêneas. Assim, em nossa sociedade contemporânea, a importância social de ter um filho, de parir, está muito distante desse marco social filipino do século XX (há, portanto, uma distância no marco temporal e nos costumes),

sobretudo quando se trata da posição da mulher enquanto mera reprodutora. Ao contrário, as mulheres cada vez mais se distanciam dessa ideia quando tem o poder de decisão sobre a reprodução, optando, muitas vezes, por não ter filhos. Dessa forma, os direitos reprodutivos são uma grande e importante conquista da humanidade, uma prerrogativa legal que reconhece o acesso à saúde reprodutiva na base da equidade de gênero.

A atual concepção dos direitos reprodutivos não se limitam à proteção da reprodução; ao contrário, defendem direitos individuais e sociais, buscando o exercício da sexualidade e reprodução humana, segundo Telo (2019). O ponto de partida, para esta autora, está centrado em “uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais e uma ampliação das obrigações do Estado na promoção, efetivação e implementação desses direitos” (Telo, p.201, 2019).

Além do poder de decisão sobre reproduzir ou não (autonomia reprodutiva), em nossa sociedade contemporânea o ritual de reintegração da mulher à sociedade, conforme fala Van Gennep (2011), acontece cada vez mais rápido, inclusive e principalmente aos postos de trabalho, de maneira que a mulher não assume, necessariamente, o papel exclusivo de mãe. Tal assunto não será explorado nessa pesquisa, entretanto, não se pode perder de vista que, mesmo tendo garantidos direitos sociais como licença maternidade, a mulher tem assumido multitarefas que a fazem ser reintegradas cada vez mais cedo às suas antigas rotinas, como se observa nos relatos de parto e puerpério de Emília e Geilsa.

3.2.2.1. Nascer para reintegrar: os partos de Emília Castro e Geilsa Mastins

De normal para cesárea

Emília Castro passou por uma cesariana, sem deixar de experienciar as etapas de um trabalho de parto que durou sete dias, com muitas tentativas farmacológicas e técnicas alternativas para minimizar a dor e acelerar as contrações para o parto. Emília teve diagnóstico de diabetes gestacional durante o período do pré-natal e, por esta razão, a obstetra deixou clara a

intenção de realizar uma cirurgia ou induzir o parto, para evitar intercorrências em virtude da disfunção. Como no final da gestação, por volta da semana 39, não houve contração, nem dilatação suficiente, foi sugerido pela obstetra a administração de um medicamento chamado Misoprostol[8], no entanto o médico plantonista da clínica em que Emília foi não concordou em aplicar. Como alternativa, realizou um procedimento chamado descolamento de placenta, que consiste em descolar da parede uterina a placenta, causando contrações; a técnica não apresentou o resultado esperado.

Antes da internação na clínica Santa Helena, em Aracaju-SE, Emília e o companheiro, que já haviam elaborado o Plano de Parto, resolveram editá-lo para concordar com a utilização da ocitocina sintética, prevendo que, uma vez na clínica e sem a dilatação esperada, os obstetras certamente indicariam um parto cesariano, mas o casal queria tentar o parto normal, o que seria facilitado com o hormônio sintético.

Após a internação, Emília, que tinha como acompanhantes seu companheiro, a doula e a fotógrafa, passou por muitos momentos de ansiedade, aguardando o aumento das contrações e o momento do nascimento. Emília lembra que “a doula começou a entrar em ação”, fazendo massagem com rebozo[9], um método natural utilizado com um tecido para aliviar as dores, perguntando qual a posição mais confortável, fazendo exercícios de respiração, na bola, em pé e sentada.

Além dos métodos não medicamentosos, Emília lembra que o seu companheiro lhe transmitia muita segurança e dele, segundo ela, vinha a sua força: “Parece que pra eu ter força, ele precisava tá ali, sabe? Parece que quando eu olhava pra ele, ele entendia a dor que eu tava sentindo. Era alguma coisa assim”.

Somente após muitas doses de ocitocina, longos banhos com água quente, com pouca luz, conversa tranquila e música, em companhia da doula, houve a decisão de partir para uma avaliação médica que levaria ao nascimento através de uma cirurgia. Assim, dando prosseguimento aos rituais

[8] Medicamento de uso hospitalar exclusivo, com venda proibida por lei e que leva à contração e dilatação do colo do útero.

[9] O rebozo é um xale tecido com técnicas tradicionais indígenas, presente na cultura mexicana desde o século 17 e que foi incorporada na vida contemporânea, ganhando novos usos, que vão do nascimento à morte humana.

hospitalares, na sala de cirurgia, a aplicação da anestesia foi um momento que trouxe à parturiente lembranças negativas, relacionada a violência obstétrica: “eu lembro que na sala de cirurgia eu sofri uma violência com o anestesista (...) Já parte de uma violência que o esposo da gente, que é o porto seguro, não pode estar na hora da anestesia”.

Emília apresentou vômitos como uma reação à anestesia. E após vomitar e ficar suja, pediu para que a limpassem e o médico, além de não limpar, não permitiu que a fotógrafa, que estava no centro cirúrgico, a ajudasse. Somado à conduta do anestesista, qualificada por Emília como ruim, ela lembra de vários pontos negativos que marcaram a cena do parto: seus braços foram presos na mesa de cirurgia, no local havia luz artificial muito forte, chegando a incomodar seus olhos e a música escolhida por ela para tocar durante o nascimento, não foi colocada.

O bebê, após o nascimento, foi apresentado aos pais pelo obstetra, e a mãe, com as mãos presas, não pode abraça-lo. Mãe e bebê foram separados, em seguida: um foi direcionado para a assepsia e a mãe, para uma sala de descanso que, segundo ela, mais parecia um necrotério, com muitas mulheres deitadas sobre macas se recuperando da cirurgia, com suas batas brancas, em um silencio profundo.

Após algumas horas de recuperação pós-parto, mãe e bebê se reencontraram e tiveram a chamada “hora de ouro”, que corresponde a primeira hora após o parto, quando mãe e bebê tem o contato pele a pele e quando ocorrem os primeiros estímulos para a amamentação. Esse momento e o sentido que se dá a ele, é parte do ritual em diversas sociedades contemporâneas e parece buscar conceder segurança ao bebê que inaugura no mundo.

O puerpério de Emília foi marcado por muitas dores no local da cirurgia. Por outro lado, ela lembra do apoio de familiares e amigos, em sua nova rotina, que sofreu alterações significativas. Dentre as suas memórias, nada foi lembrado sobre qualquer tabu alimentar no puerpério, todavia a família seguiu a orientação da fisioterapeuta pélvica e comprou comida congelada, para contribuir com a nova rotina: “a gente começou a comer de marmita...”

Através do rito de passagem de Emília pode-se perceber que, conforme colocou Davis-Floyd (2001), a transferência do parto realizado em casa para o

ambiente hospitalar resultou em uma elaborada proliferação de rituais nunca antes vista no mundo cultural humano. Uma sequência de rituais, que são os procedimentos de assistência, carregado de simbolismos, padrões repetitivos, o caráter dramático e uma imposição de poder, além do compromisso de manutenção do status quo.

A indicação de parto cirúrgico em virtude da diabetes pode apontar um procedimento e uma postura médica que imprimem credibilidade e atenção maior aos conceitos médicos e à vinculação da gravidez com a doença, sobretudo doenças como a diabetes, que podem surgir no decorrer da gestação e que muitas vezes não passam de respostas e adequações do próprio organismo frente ao novo ser gerado no ventre da mulher.

Segundo Odent (2002, p153), um obstetra militante pelo parto humanizado, a diabetes é uma modificação no metabolismo de açúcares que se trata de uma resposta transitória: o bebê enviou uma mensagem à sua mãe, via placenta, para poder receber mais açúcar.

Para esse obstetra, a diabetes no período gestacional já foi um diagnóstico indefinido e, quando é detectado, devem ser dadas orientações simples para a gestante, como evitar a ingestão de açúcar puro, fazer exercícios físicos, entre outros cuidados. O que se observa, no entanto, é a confiança nos conhecimentos médicos com base no medo de que haja complicações no parto que levem à morte da mulher ou do bebê. A orientação e os procedimentos médicos, assim, parecem ser recebidos como verdade e são pouco questionados.

Outro fator a ser analisado na cena do parto de Emília foi a postura do médico anestesista diante de uma gestante com reação ao anestésico e em uma posição de impotência, por não conseguir limpar-se sozinha e não poder receber ajuda para se recompor. Tal postura denota uma imposição de poder e a colocação da mulher, do seu corpo e de suas vontades, em posição de submissão. Neste mesmo sentido pode ser entendido o procedimento dos braços presos da parturiente no momento do parto, para evitar movimentos bruscos no momento da cirurgia: pode-se configurar como violência obstétrica. Os procedimentos de assistência obstétrica que ainda imperam nas instituições de saúde parecem impor da gestante uma posição de paciente, se submetendo

às regras e orientações e permitindo que seu corpo seja imobilizado e passivo, para que não desviem os rituais.

De cesárea para normal

Os rituais de parto de Geilsa Martins guardam certas semelhanças com os de Emília, desde o início, da escolha de como trazer o filho ao mundo. Geilsa pensou no mais prático, um parto sem dor, com data e horário agendados, o que converge para o parto hospitalar e sua grande oferta de serviços. Após pesquisas e estudos, decidiu, com o seu companheiro, pelo parto normal e, apesar da dificuldade, encontrou em Aracaju-SE, um médico a favor do parto normal, que trabalha com uma equipe de enfermeiras obstetras que, se contratada a disponibilidade, prestam assistência à gestante desde o início do trabalho de parto até o nascimento do bebê.

Geilsa lembra que começou a trabalhar corpo e mente para que o parto ocorresse normal e com tranquilidade. Praticou atividade física (Pilates), contratou os serviços de uma fisioterapeuta pélvica, onde aprendeu técnicas de respiração, fez exercícios com o Epi-no, uma sonda inflável que proporciona o fortalecimento da musculatura do períneo, além de outros exercícios para facilitar “o encaixe” do bebê, facilitando o período expulsivo e minimizando as dores.

A alimentação, segundo Geilsa, também foi alterada, com a adoção de uma dieta considerada saudável pelos conceitos nutricionais, para a mãe não ganhar muito peso, e garantir uma boa formação do feto. O diagnóstico da diabetes gestacional no início da gravidez também foi um ponto de atenção considerado na escolha dos alimentos.

Diante de todos esses rituais de autocuidado, quando a mulher se afasta da rotina habitual para preparação do corpo e da mente, nota-se, aqui, mais uma vez, a parturiente com a autopercepção da capacidade natural do corpo de parir obscurecida, provavelmente, pela dependência criada ao longo dos anos, em relação aos ditos da medicina, cujo foco está na doença.

Assuntos como os explanados acima eram discutidos em um grupo onde Geilsa e outras seis outras amigas, que engravidaram no mesmo período, compartilhavam informações, dentre elas, a importância do Plano de Parto.

Entendendo que era um documento importante para comunicar à clínica e os profissionais que fossem participar dos rituais do parto, Geilsa elaborou, registrando a concordância e o desejo de receber analgesia farmacológica nos momentos de dor.

Geilsa preparou-se para facilitar o parto, buscando entender o funcionamento do corpo, desde o intervalo das contrações e intensidade das dores, até o momento certo de ir ao hospital, uma vez que havia a intenção de passar o máximo tempo possível no ambiente tranquilo e seguro de casa. Durante o seu relato, perguntei se ela cogitou parir em casa. A resposta foi imediata:

> “Não. Nunca pensei. Só se fosse aquela questão assim: eita, saiu, acabou, já era! Porque tem esses partos assim que são maravilhosos também, aí tudo bem. Mas se fosse uma questão de eu realmente ter o trabalho de parto em casa, eu nunca tive intenção. A minha intenção sempre foi: ficar em casa o máximo possível, sofrer no meu ambiente o máximo possível, pra ir pra um ambiente hostil entre aspas, que seria o hospital, pra passar o mínimo necessário. Porque aqui é a minha cama, é o meu chuveiro, eu sento no chão porque eu não tenho nojo, eu sei que tá limpo. Hospital sempre tem aquela coisinha, né? Ah, é hospital e tal....”. (Memórias de Geilsa, 2022).

A fala de Geilsa diante da pergunta, permite pensar na maneira como é percebida a separação entre o ambiente doméstico limpo, seguro, confortável, pessoal, em que se pode sofrer com privacidade e que, por outro lado, não possui o aparato profissional e tecnológico necessário para garantir a segurança da mãe e do bebê, em caso de urgência. O hospital, apesar de vender serviços de saúde, não é considerado um local higiênico e nem pessoal.

Quanto aos rituais, estes mesmos se diferem profundamente nos dois ambientes: em casa há o poder de escolha para chorar, sorrir, calar, transitar nos ambientes, iluminar ou escurecer, aquecer ou esfriar, além de não ter seu corpo monitorado a cada intervalo de tempo, padrão ritual nos hospitais, que é executado pelos profissionais de saúde repetidamente: verificam os sinais vitais, a dilatação do colo uterino, as contrações, o bebê. E para cada momento do ritual, uma orientação padrão quanto ao vestuário adequado, os locais permitidos para transitar, quem pode acompanhar a parturiente e a mudança

de ambiente a cada etapa do trabalho de parto: sala de pré-parto, sala de parto ou centro cirúrgico.

No ambiente doméstico, portanto, o ritual de Geilsa foi marcado por diversas técnicas não farmacológicas para o alívio da dor; a ida ao hospital aconteceu somente quando o bebê estava prestes a nascer. As recordações do ritual do trabalho de parto vivido em casa giram em torno das práticas que aprendeu no período da gestação:

> “Chuveiro, chuveiro quente nas costas. Fui tentando fazer respiração, o exercício para alívio de dor, mas nada tava dando certo. Pelo menos a minha dor não estava aliviando. Tentei deitar, não consegui. Tentei ir pra bola de Pilates, não consegui. Peguei uma cadeira de plástico, fui fazendo, fui respirando, daqui a pouco eu tava gritando de dor” (Memórias de Geilsa Martins, 2022).

Na chegada ao hospital, que já estava previamente avisado de que Geilsa chegaria praticamente na fase expulsiva, não houve a parada na recepção da instituição para as questões burocráticas: uma das etapas do ritual não foi cumprida. Mais outras etapas não cumpriram o roteiro padrão que devem nortear a maior parte dos partos que ocorrem na maternidade, afinal a parturiente buscou uma equipe de profissionais que priorizam a mulher em todas as decisões sobre o parto, colocando – a em uma posição de apoio a quem é “a dona da cena”.

Encaminhada, de maca, ao centro cirúrgico, onde foi realizado o exame de toque e constatado 10 cm de dilatação, o obstetra perguntou a posição preferida para a expulsão do bebê. Geilsa rememora:

> “Eu fui pro centro cirúrgico, meu médico fez exame de toque, 10 cm. E ele falou assim: Gabi, você vai parir como? Aí eu falei assim: vou parir de cócoras. Eu já tava certa que eu ia parir de cócoras. Porque com a fisioterapeuta eu fiz exercício de lado, de cócoras, na banqueta. E o que eu mais me senti confortável foi de cócoras. Então eu vou parir de cócoras! Ele disse: é? Tá certo! Aí ele me botou de volta na maca e me levou pra sala de parto. Eu não pari no centro cirúrgico”. (Memórias de Geilsa Martins, 2022).

Na sala de parto, Geilsa pariu, sem anestesia, sem ocitocina, sem episiotomia, procedimentos usuais nos partos realizados nas maternidades contemporâneas. Ela lembra que ficou acocorada e segurando a mão do seu

companheiro durante todo o período expulsivo do parto que, pelos seus cálculos, durou cerca de meia hora. Eis que é um relato de ritual de parto que mescla diversas técnicas, sobretudo aquelas planejadas, experimentadas e escolhidas pela parturiente, o que nos remete a pensar em técnicas de corpo, técnicas de parto!

3.3. Parir tecnicamente

Após os relatos de parto à luz dos ritos de passagem, reflexões sobre as maneiras de parir, seja em parto vaginal ou cirúrgico chamaram à atenção para se pensar sobre as técnicas de corpo. Tal pauta nos remete ao clássico da Antropologia, Marcel Mauss (2008, p.404), o qual estudou, dentre outros assuntos, as maneiras com as quais os homens, em diferentes sociedades e de uma forma tradicional, servem-se de seus corpos, seja para mergulhar, nadar, cavar, correr, marchar, dançar ou parir.

Para Mauss, em tudo há uma técnica e cada uma delas carrega sua especificidade e forma; para as atitudes do corpo, cada sociedade tem seus hábitos próprios, estes entendidos como “habitus”, que variam com as sociedades, as educações, as conveniências, as modas e que são adquiridos, não são formas naturais de fazer.

Mauss (2008), ao falar da técnica, diz que não pode ser considerada apenas quando há instrumento, como a exemplo da dança. Ele chama de técnica um ato tradicional eficaz, que demanda da tradição, para que haja transmissibilidade (ou a transmissão oral), o que faz com que os homens sejam diferentes dos animais. E, em se tratando de técnicas do corpo, ele próprio, o corpo, é o primeiro e mais natural instrumento do homem (Mauss 2008, p. 407).

Nesse sentido, percebe-se que o modelo obstétrico hegemônico no ocidente tem obscurecido a ideia do corpo como instrumento natural, dotado de mecanismos de adaptação e flexibilidade que permitem a passagem do bebê sem tantas interferências externas ou necessidade de intervenções médicas e farmacológicas.

As técnicas do nascimento e da obstetrícia são muito variáveis. Mauss cita o nascimento de Buda, cuja mãe deu à luz em pé, assim como muitas indianas o fazem. Há técnicas na posição de quatro, que ele diz ser tão normal

quanto à posição deitada de costas. Outras posições que as fisioterapeutas pélvicas têm estimulado suas clientes gestantes a experimentar têm sido a posição agachada, utilizando o apoio de uma banqueta ou mesmo parto na água.

Entre as seis interlocutoras que dão base à esta pesquisa, Geilsa e Leila recordam que foram questionadas pelo obstetra pela posição de preferência para o período expulsivo. Geilsa pariu de cócoras: “Eu já tava certa que eu ia parir de cócoras”. Ela lembra que na posição acocorada a sensação era a de que seu companheiro pariu junto, pois ele deu todo o suporte físico, segurando sua coluna e braços por todo a fase expulsiva.

Leila, de outra feita, por sua escolha e pelo cansaço, pariu deitada, na sala de parto e sobre a maca, com o acompanhamento de uma obstetra, que segurou o bebê e, em seguida, entregou à mãe. Mas antes desse momento, durante o trabalho de parto, experimentou diversas técnicas corporais ligadas à dança e ao movimento corporal, para acelerar as contrações, culminando no rompimento da bolsa amniótica. O final desse capítulo apresenta a transcrição do relato de Leila, a partir de suas memórias do processo de gestação e parto.

Valda, a mais velha entre todas as interlocutoras, pariu treze vezes, mas para a pesquisa, as lembranças se direcionaram para sua última filha, que nasceu em casa, como os outros onze. Dois dos partos foi no hospital da pequena cidade onde morava, na década de 1980, com auxílio de enfermeiras. Para os demais, ela teve o apoio de parteiras locais, mulheres prendadas no ofício e que se utilizavam de técnicas tradicionais, de ervas e de rezas. O parto aconteceu em sua cama, na posição horizontal.

Para Emília, Caroline e Valdice, que passaram por procedimentos cirúrgicos, há pouca variação de técnicas empregadas no ritual, que seguem os procedimentos da medicina tradicional, com a utilização de medicamentos, instrumentos, controle do tempo, do corpo e os sinais vitais da mãe e do bebê. O fator humano, dentro do universo hospitalar é quem vai imprimir marcas positivas ou negativas nas memórias e nas vidas das parturientes, bem mais do que as reações que os fármacos possam causar em seus corpos.

Há, portanto, variações das técnicas de acordo com a sociedade. Mauss (2008, p.412) coloca que há técnicas escolhidas “seja por parte da mãe, seja

por parte dos seus auxiliares, assim como o modo de pegar a criança, da ligadura, os cuidados com a mãe e com a criança e corte do cordão umbilical.

Para a realização desta última técnica tem-se dado prioridade à participação do pai, sobretudo em partos normais/naturais. Tal prática pode ser interpretada como uma quebra simbólica, uma separação entre mãe e filho, que estavam em perfeita simbiose durante toda a gestação, assim como pode favorecer o envolvimento emocional entre pai e bebê. Nos partos cesarianas, o corte do cordão, em geral, é realizado pelos obstetras.

Nos partos cirúrgicos, uma técnica ainda utilizada é a imobilização dos braços da mulher, a qual é anestesiada. Eles são amarrados para evitar que se movimentem involuntariamente e contaminem o local da cirurgia. Tal prática pode ser configurada como violência obstétrica, uma atitude considerada desrespeitosa, o que levou a muitas críticas e a mudanças no tipo de anestesia, onde a mulher permanece lúcida e acompanha o nascimento do bebê, sem necessidade de amarrações. Emília, uma das interlocutoras, lembra de ter seus braços presos e, com isso, não pode abraçar sua filha, logo após o nascimento.

São muitas possibilidades de técnicas empregadas no momento do parto. E não só Mauss trata sobre elas; Ingold (2002), ao discutir sobre arte, técnica e habilidades, aponta cinco dimensões cruciais para uma avaliação das habilidades técnicas. E nessas colocações, discorda do clássico Mauss ao afirmar que o próprio corpo é o principal e mais natural instrumento do homem. Para Ingold, reduzir o técnico ao mecânico é como isolar o corpo (como objeto natural), da agência (que o coloca em funcionamento) e do meio em que atua. E o que se deve fazer, segundo ele, é restaurar o corpo ao contexto em que está envolvido de forma ativa com seu entorno.

É preciso, portanto, diz Ingold (2002, p. 353), considerar a dinâmica de todo o sistema, que é mental e fisiológico (descrições alternativas da mesma coisa). O autor afirma que as bases da habilidade são condicionadas de forma irredutível à imersão do praticante em um ambiente:

> “Skill, in short, is a property not of the individual human body as a biophysical entity, a thing-in-itself, but of the total field of

> relations constituted by the presence of the organism-person, indissolubly body and mind, in a richly structured environment".

A partir da ideia desses autores, é possível pensar em alguns eventos de partos domiciliares e humanizados, que parecem possuir um marco inicial, de acordo com relato de uma interlocutora que atua nas cenas de parto em Aracaju-SE, como doula, em conversa informal durante a pesquisa. Segundo ela, o início ocorre com as contrações uterinas da gestante, que anuncia à equipe de profissionais (enfermeiras obstétricas, doula, fotógrafa) e familiares, culminando, muitas vezes, em um encontro ritual, com preparação do ambiente doméstico, o uso de ervas para chás, iluminação pouco intensa, música, banhos quentes, massagens e conversas, no intuito de garantir um ambiente ideal e relaxado para que o corpo físico e a agência (intencionalidade) se envolvam de forma ativa e integrada com o entorno, configurando um sistema, conforme defende Ingold.

Ao mesmo tempo e não se contrapondo à Marcel Mauss, os processos de parto e nascimento e as técnicas corporais empregadas em cada sociedade e ao longo do tempo, vão sofrendo alterações e variam, conforme as bases ideológicas e as estruturas disponíveis. Ferreira (2010, p.137), ao estudar gestação e parto entre os Kaxinawa, do Alto Juruá, relata um trabalho de parto no qual foi convidada a participar durante sua pesquisa.

A pesquisadora descreve a cena de parto, onde a parturiente, que recebe apoio de um grupo restrito de parentes, é segurada por um homem (esposo, pai ou irmão) pelos braços, sustentando-as pelas axilas, enquanto as mulheres preparam banhos com plantas medicinais e cantos. Tal cena guarda semelhanças com o ritual de parto de Geilsa Martins, quando encontrou apoio em seu companheiro, que também a segurava pelos braços, durante o momento do nascimento do bebê. Sociedades, momentos, locais e pessoas diferentes utilizando técnicas de corpo semelhantes, tendo a mulher como personagem principal e os acompanhantes, assistentes de parto.

A assistência, portanto, foi prestada por duas mulheres, que massageavam as costas da parturiente, enquanto outras mantinham suas pernas abertas; a pesquisadora massageava a barriga com infusão morna feita com ervas, alho e tabaco. No ritual de parto dos Kaxinawa, após o nascimento,

mãe e bebê permanecem juntos, na rede e sob o mosquiteiro, até que o umbigo do bebê seque.

Ferreira (2010) enfatiza como o evento do nascimento ocorre em um contexto sociocultural em que é fundamental a participação dos familiares no nascimento do novo ser, além da importância das práticas utilizadas no parto, que são essenciais para a saúde da mãe e bebê, mas também (e principalmente), para o forjamento da pessoa humana, demonstrando que a produção da pessoa pode começar no momento do parto e não somente após o nascimento.

De todas as formas e em todas as sociedades, em meio a tantos rituais, não se pode perder de vista que a dor, no processo de nascimento, está presente, mas pode ser e é vivenciada de formas diferentes, dependendo do contexto sociocultural, o que será discutido a seguir, após as memórias de Leila Mendes.

As memórias do parir de Leila Mendes

> “Aí ela viu a suspeita de rubéola, de contato com a rubéola. Aí começou a loucura na minha cabeça...chorei muito na consulta com ela... A primeira consulta com ela, ela me disse que... Pode ter, pode ter sido contato, pode não ter. Não tem como saber”. (Memórias de Leila Mendes, 01/02/2022).

Leila planejou a gestação. Já havia engravidado antes, mas sofreu um aborto com oito semanas. E a despeito de ter planejado, conta que não pesquisou, não estudou e não procurou o melhor obstetra. Agendou uma consulta pelo convênio médico e foi à primeira consulta do pré-natal, onde não realizou perguntas e não recebeu muito além de requisições de exames para realizar e levar na consulta seguinte, que foi agendada com outra obstetra.

Após contato com muitas mulheres grávidas, Leila soube que, em geral, na primeira consulta do pré-natal o/a obstetra repassa muitas informações sobre a gestação, além de fornecer um cartão identitário de gestante, onde são registradas informações sobre o período da gestação e pré-natal. Como isso

não ocorreu, ela foi a uma Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), onde foi atendida por uma equipe composta de enfermeiro e estudantes; segundo ela, o atendimento foi longo, com muitas perguntas, esclarecimentos e realizações de exames:

> “(...) eles perguntaram tudo. Fizeram todos os testes rápidos em mim. De HIV, tudo. Foi tudo assim, rápido. De glicemia (...) fizeram tudo! Tudo lá na hora. Conversei, perguntaram como foi, perguntaram se foi planejado, me deram a carteirinha do SUS, foi maravilhoso, fantástico”.

Leila pariu, de parto normal, em dezembro de 2021, quando estava com 31 anos. Trabalhou até as trinta e sete semanas de gestação, como professora de Educação Física, tendo contato direto com mulheres, muitas delas gestantes, em seu dia a dia de trabalho. Sua cor de pele é parda, sua religião católica, está casada e conversamos na sala de sua casa, com a presença de seu recém-nascido e sua mãe, parte de sua rede de apoio, que estava em visita e contribuía com as tarefas domésticas regularmente. Leila relata que pagou plano de saúde durante oito anos e usava bem pouco, o que a levou a optar pelo acompanhamento médico com a obstetra do convênio. A decisão também se deu em virtude das incompatibilidades de datas disponíveis no SUS para resultado de exames e consultas.

Na realização da segunda consulta do pré-natal pelo convênio médico, uma obstetra a atendeu e verificou todos os exames iniciais, inclusive os solicitados pelo enfermeiro do SUS. Um desses exames levou a gestante a momentos de ansiedade e até a um isolamento temporário: o do vírus causador da rubéola. Trata-se de um exame de sangue que permite identificar a presença de anticorpos contra o vírus da rubéola, se a pessoa está infectada ou se está imunizada. O de Leila indicou suspeita de rubéola ou de contato com o vírus, que pode causar má-formação fetal. Depois desse primeiro exame, muitas outras coletas de sangue foram feitas no intuito de verificar tal suspeita e os resultados foram opostos, dependendo do laboratório:

> “Isso me deixou louca!! Eu estava com doze semanas. Aí entre doze e dezoito e eu parei de fazer exames, parei de procurar médico, parei de...

> Dejaina: parou de conversar com os amigos?
>
> Leila: Parei. Parei tudo assim, eu me isolei, disse sim: seja o que Deus quiser. Não vou mexer mais nisso, vou deixar quieto. Quando ele estiver com dezoito que aí a ultrassom morfológica, que conseguia ver toda a formação(...). Eu vou ficar pesquisando, procurando, achando que meu filho vai ter má formação, como vai ser isso? Na verdade, eu não sabia que era menino. Eu não fiz teste de sexagem, não fiz nada. Quando esperei até as dezoito semanas, quando cheguei nas dezoito semanas aí eu fiz um de sangue pra fazer o chá revelação, refiz o da rubéola, voltei pra ela (obstetra), aí já deu negativo e aí eu não quis nem saber também, eu disse a ela que não quero mais saber disso... assim, a gente fez uma morfológica, a morfológica tudo certo, tudo bem, mas que mais pra frente podia aparecer alguma coisa. Não quero mais saber, vamos seguir a gestação né? E seja o que Deus quiser. Pronto!

A possibilidade de má formação fetal foi ainda explorada pela obstetra, com o intuito de preparar a futura mãe para receber e aceitar o filho, caso houvesse algo de “errado” em seu corpo, o que não poderia ser alterado, estando em seu ventre. Lembra Leila:

> “Ela (a obstetra) falou assim: não sei por que o convênio ainda pede esse exame. Porque é um exame que a gente não pode fazer nada... esse exame deveria ser abolido porque se o bebê vai nascer com má formação, você vai tirar? Ela perguntou assim direto. Aí eu fiz: não! Aí ela fez: então? Então esse exame não deveria ser feito. Pra que você não ficasse assim e prejudicasse você e seu bebê.
>
> Ela quis ser curta e grossa, sabe? Aí eu entendi o que ela quis me dizer e fiz: verdade! Se acontecer alguma coisa, eu vou fazer o quê? Vou abraçar meu filho do mesmo jeito. Pronto! “

As semanas de gestação seguiram, assim como as consultas regulares do pré-natal, até a trigésima sexta semana. Em todas elas a médica obstetra perguntava, para confirmar, a via de parto pretendida para o nascimento do bebê, que era o parto normal. Nesse intervalo, Leila lembra que foi acompanhada por uma rede de apoio formada por suas alunas e familiares e realizou alguns rituais como o chá revelação, uma festa onde é revelado o sexo do bebê, ensaio fotográfico de gestante, além das compras para o enxoval.

A obstetra que acompanhava a gestação de Leila teve que se afastar do convênio médico, portanto, as consultas das últimas semanas foram realizadas no setor de urgência do hospital, para verificação de pressão arterial e coração do bebê. O parto deveria também ser realizado pela equipe médica que

estivesse em plantão, embora a obstetra estivesse sendo informada por Leila de todos os ocorridos.

Leila lembra de todos os detalhes do trabalho de parto, que iniciou nas trinta e nove semanas e quatro dias, com leves cólicas. Em casa, permaneceu tranquila, dançou, nadou, subiu escadas, fez exercícios. Na madrugada teve outros sinais mais claros, que deixaram dúvidas e levou o casal ao hospital logo pela manhã:

> “Quando foi três da manhã, da quinta, aí saiu o tampão. A gosma e sangue mais vermelho e sangue pisado. Aí eu percebi que era o tampão. Como eu não tinha acompanhamento de doula, nem de enfermeira, nem nada... a gente fica um pouco apreensiva. Aí quando saiu o tampão eu voltei pra cama e dormi. Fiquei com ele, ai quando deu sete da manhã eu acordei. Aí falei assim: o que que eu faço? Eu vou pro hospital porque já saiu o tampão... ou não vou?”

No hospital às 9h da manhã, o “exame de toque” para verificar a dilatação do colo do útero de Leila, realizado pelas obstetras de plantão, indicava 4 cm. A partir daí, foi indicado exame de imagem que certificaria se o bebê poderia esperar ou medidas urgentes deveriam ser tomadas. Ao meio dia, a dilatação continuava a mesma; às 14:30h, havia aumentado 1 cm apenas, o que levou as obstetras indicarem a administração de ocitocina sintética, caso Leila concordasse.

A concordância com a administração da ocitocina era um dos pontos do Plano de Parto elaborado por Leila. Ela aceitava a indução com o hormônio, mas queria tentar o máximo possível o parto por via vaginal. O Plano de Parto não foi entregue à equipe obstétrica, para que ficasse ciente de tudo o que a gestante gostaria e permitia que fosse feito no seu parto:

> “Eu levei o plano de parto e não entreguei!!! Não entreguei porque estava todo mundo muito bem, muito tranquilo, aí confiei na equipe. Estava todo mundo tranquilo, e não tinha problema de ninguém por perto assim, nada... então todo mundo que vinha, falava comigo, todo mundo que vinha comigo”.

A cada hora ou uma hora e meia um profissional vinha até Leila e o seu companheiro, que estavam na enfermaria, para auscultar o coração do bebê e verificar o estado da mãe, que fazia movimentos, dançava, conversava e até

recebia visita de amigas enfermeiras que tiveram acesso ao local. No final da tarde a dilatação ainda era a mesma e as cólicas eram fracas. Às 19h, com a troca de plantão dos profissionais, o obstetra que a parturiente tanto desejou que fizesse seu parto chegou. Eram dois obstetras conhecidos por realizarem partos humanizados e priorizarem a realização de partos normais.

Com 6,5 cm de dilatação, ainda insuficiente para o trabalho de parto ativo, a orientação foi dobrar a dose da ocitocina, que provocou quase imediatamente, dores e contrações fortes. Apesar das muitas dores, Leila agachava e fazia movimentos, que levaram ao rompimento da bolsa amniótica, embora a dilatação estivesse aquém do ideal para a passagem do bebê (8 cm). Nesse momento, Leila lembra de ter sentido medo de não conseguir parir:

> "Além da dor, daquele desespero, eu fiquei desesperada, aquele desespero de... eu não vou conseguir fazer essa força, esse menino não vai passar. Na hora da força assim, que eu não conseguia ter a força que eu achava que ele ia passar.. Nossa! Esse menino não vai passar"!

O companheiro de Leila era seu acompanhante, desde às 9h da manhã e assim permaneceu, em todas as etapas do parto: desde a enfermaria, no banheiro, para o banho demorado com água morna nas costas, para aliviar as dores, até o período expulsivo. O trabalho de parto ativo iniciou logo após às 19h e o nascimento aconteceu às 22:45:

> "Eu considero que eu entrei no trabalho do parto às dezenove e pouquinho, né? Que foi depois que a ocitocina aumentou. Então, eu considero assim, que o parto não demorou muito. Se você contar de nove da manhã, demorou, mas se você contar da hora que eu comecei a sentir dor de parto, isto é, dezanove e quinze.... Aí depois que a bolsa rompeu, eu senti dor, ali eu já estava em trabalho de parto mesmo. É tanto que eu não conseguia mexer com o celular. Eu mal conseguia falar direito. Só respirando e fazendo força, respirando, fazendo força. Quando foi...aí sai do banheiro perto de nove horas já. Aí não conseguia mais andar. Fiquei na maca deitada fazendo força e puxando o joelho. Passei quase uma hora assim também".

No momento do expulsivo Leila estava em posição horizontal. Segundo ela, estava cansada de fazer forças e das contrações, mas a equipe médica sugeriu que ela ficasse acocorada para fazer menos força. Já com o bebê

“coroando”, ou seja, quando aparece a cabeça do bebê na abertura vaginal, eles foram levados para o centro cirúrgico. A obstetra, que Leila lembra ter demonstrado muita calma na condução do parto, pediu que ela escolhesse uma música para receber o filho, mas ela não conseguia pensar em nada. Estava tudo no Plano de Parto, não entregue: a música para o nascimento, a concordância com a ocitocina, o desejo do corte do cordão umbilical pelo pai, a discordância pelo procedimento da episiotomia, o desejo de segurar o bebê e amamentar logo após o nascimento:

> “Na naquele momento eu não conseguia pensar. Elas me disseram assim: se eu ficasse de cócoras seria mais rápido, eu faria menos força, talvez não lacerasse, que lacerou... mas eu não conseguia pensar... E aí nesse momento que eu acho que a gente precisa de um companheiro assim, de alguém que fique com a gente, que saiba essas coisas ou do Plano de Parto que eu não entreguei porque estava tudo no Plano de Parto... a musiquinha estava no Plano de Parto, o banho que deixava ele tomar estava no Plano do Parto. Estava tudo lindo, mas eu não entreguei porque fiquei muito segura, então eu não precisei entregar... só que se eu tivesse entregue elas saberiam me direcionar melhor, né? Na minha cabeça estava assim: vai ser uma falta de respeito se eu entregar o Plano de Parto porque está todo mundo tão bom comigo... Eu vou fazer isso como se eu quisesse mandar no trabalho deles, vamos dizer assim... Eu não quis fazer isso”.

O ritual de nascimento foi finalizado com tranquilidade, de acordo com Leila, que diz incentivar o parto normal a outras mulheres. O bebê nasceu de parto vaginal, sem episiotomia, sem analgesia farmacológica, com administração de ocitocina sintética, ao lado do companheiro e com uma equipe de médicos versados na humanização do parto, que dialogaram a todo momento com a parturiente. O cordão umbilical foi cortado pela obstetra, que também retirou a placenta, explicando a cada momento, o que estava fazendo. O bebê, logo que nasceu, foi levado ao colo da mãe e oferecido o alimento materno. Após esse primeiro contato com a mãe, a equipe o levou para ser limpo, avaliado e retiradas as suas medidas:

> “Quando eu me concentrei, que consegui fazer a força, ela pegou, ergueu e fez: olha pra mim! Olha, saindo de você agora! Pegou ele, girou, saiu virado pra mim e botou ele aqui em cima, na hora. Aí segurei aqui e coloquei (...). A alma voltou pro corpo (...). Segurei ele, fiquei ali, cheirando, assim, e tudo mais. Eu vi aqui na hora que ele

> saiu, ela girou. E aí acabou a dor, né? Coloquei pro peito na hora. Aí a pediatra puxou ele um pouquinho pra cima. Todo sujo, todo melecado, do jeito que saiu. Aí já foi procurar o peito... É. E ficou, não demorou (...). Na minha cabeça foi um minuto. Foi o tempo suficiente pra cortar o cordão..."

Leila incentiva o parto normal, mas diz que se tivesse "investido", contratado os serviços de uma doula ou de uma enfermeira obstétrica, o parto teria sido natural, pois teria todo o suporte dessas profissionais em sua casa, onde permaneceria até o último momento, até ter a dilatação máxima, antes de ser encaminhada ao hospital, para o nascimento.

> "Eu digo a todo mundo, que se eu tivesse investido numa doula ou alguma enfermeira eu acho que ele teria nascido de parto natural né? Não normal, que aí não teria porque eu acho que na quinta-feira de manhã eu não teria ido pro hospital, teria ficado em casa... a doula, a enfermeira acompanharia até o último momento. Aí eu acho que ele só nasceria na sexta. Pelas horas que teria de parto, né? Porque tava demorando muito a ter a dilatação, sem a ocitocina. A dilatação veio mesmo depois das 19:30h".

4 AS DORES DO PARIR

No terceiro e derradeiro capítulo pretende-se pensar sobre a dor e o sofrimento nas cenas de parto, mas também de forma mais geral, em situações diversas e analisadas sob o prisma fisiológico, mas sobretudo e principalmente, como uma construção social, dotados de diferentes sentidos, atribuídos por diferentes sociedades ao longo do tempo. Tal reflexão está pautada nas memórias do período de gestação e parto das mulheres que participaram da pesquisa, sob a luz das contribuições teóricas da Antropologia da Dor do antropólogo Le Breton (2011).

Dessa forma, serão apresentadas as memórias registradas durante as conversas com três interlocutoras, transcritas de forma a permitir a inserção em suas vivências.

As memórias do parir de Carolina Castro

> "Aí ela disse que minha gestação não era de alto risco e que eu não ia fazer, ela não ia fazer cesareana. Eu disse: doutora, não! Pelo amor de Deus, eu não vou, eu não posso parir normal. Meu bebê tá pesando 4,71 kg, eu não posso parir normal (...) O último parto foi complicado porque eu tive hemorragia no final, justamente, pelo tamanho. O médico falou que não era para ser normal e o médico fez normal (...) Eu sei que o parto normal foi uma dádiva que Deus deixou. Mas se Deus deixou a medicina, que custa você amenizar a dor do outro? E assim eles fizeram. Ela fez, ainda bem que foi rápido".

Carolina, mãe de três filhos, dois partos normais e um parto cesárea seguido de laqueadura (esterilização), aos 41 anos de idade, em maternidade pública. Suas memórias foram compartilhadas no Dia Internacional da Mulher, 8 de março, final de tarde, no seu local de trabalho, o salão de beleza montado na sala de sua casa. Além de mãe e dona de casa, ela é autônoma, estudou até o ensino médio, se considera negra e não segue religião; diz estar refletindo sobre a espiritualidade, Jesus Cristo e a que mundo deve seguir.

Carolina não planejou a última gestação, fruto de seu atual relacionamento; havia sofrido três abortos espontâneos e não estava certa de

que a gravidez iria adiante. Por dois meses, aguardou que o aborto acontecesse, até perceber que era o momento de procurar serviço médico para dar início ao pré-natal. A primeira consulta foi na Unidade Básica de Saúde do seu bairro, mas em virtude do histórico de abortos, foi direcionada também à uma unidade que atende gestações de alto risco, o Centro de Acolhimento e Atenção à Saúde da Mulher (CAASM). Assim, o acompanhamento aconteceu nos dois locais.

Os exames iniciais indicaram diabetes gestacional, para a qual não foi indicada dieta, nem medicamentos. Carolina lembra que no sexto mês começou a ter inchaços que dificultavam sua rotina, fosse para dormir ou para caminhar e sentar. Desse período até o nascimento do bebê, contava com o apoio dos outros filhos para as tarefas diárias. Sentia náuseas ao inspirar odores fortes, o que tornou árdua a execução das atividades no salão de beleza, com os produtos cosméticos, mas não pode parar o labor.

Carolina conta que no final do seu pré-natal, já na trigésima oitava semana, ao realizar a última ultrassonografia, foi constatado que o bebê estava com 4,71 kg. A radiologista apontou a necessidade de levar o exame para avaliação obstétrica, mas emitiu seu parecer: “não, seu parto tem que ser cesariano”. Dois dias após, ao analisar a ultrassonografia e a estado geral da paciente, a obstetra encaminhou Carolina diretamente para a maternidade:

> “Ela mandou eu deitar na maca, mas ela já tinha observado desde a primeira consulta. Ela disse: não! Ela olhou, olhou a idade no meu cartão, olhou o exame todo e mandou dali eu sair para Nossa Senhora de Lourdes. Assim que eu saí de lá fui para Nossa Senhora de Lourdes, e quando cheguei, assim que entrei, fiquei lá”.

A Maternidade Nossa Senhora de Lourdes atende gestantes cujo risco da gestação é classificado de alta complexidade. Carolina, que estava enquadrada como gestante de alto risco, queria fazer o parto cesareana seguido de laqueadura e, para tanto, estava com a autorização do procedimento, emitido pelo Sistema Único de Saúde. Ela estava com medo. Tinha medo porque lembrava da experiência do último parto, quando teve hemorragia após parir um bebê com quase 5 kg. Tinha medo porque estava

inchada, tinha diabetes e o bebê também era grande. E além do medo, da insegurança, Carolina não queria mais engravidar.

Depois de narrar a experiência do último parto, com as lembranças muito vívidas, Carolina disse:

> “Aí eu não quis... Aí quando veio o Arthur, pronto!! Sabe quando você lembra daquilo tudo e sabe que ali, naquele lugar, você não tem ninguém que olhe por você? Não tem!!!! Você só tem se você tiver conhecido, parente, alguma coisa”.

Havia insegurança e uma vontade muito grande de não sentir dor e não reviver os momentos de tensão experimentados há alguns anos. Na maternidade, após passar pelas etapas administrativas, Carolina lembra do susto que teve ao entrar no setor onde já haviam outras mulheres: “Quando eu cheguei lá dentro tinha um monte de macas. Meu Deus! Quanta gente que ia parir! E era tudo cesariana!!”. Uma das médicas que estava de plantão, sabendo do histórico de partos de Carolina, disse que seu terceiro parto também seria normal e que sua gestação não era de alto risco. Dessa forma, vários exames de toque foram feitos durante o dia, para verificar a dilatação, mas não houve. Nem mesmo contrações.

> “Eu fiquei o dia inteiro lá. Porque a médica não queria fazer, e ela fez exame de toque. Pediu para eu empurrar, eu empurrei. A de de tarde, teve uma outra médica à tarde que era parceira dela, foi fazer exame de toque novamente, eu não empurrei. Porque assim, elas não tem dó. Enfiam a mão como se fosse em qualquer lugar. Elas não tem pena, não tem pena. Pode ser a melhor médica do mundo. Não tem pena. Então assim, eu não empurrei, eu só queria que ela tirasse. Aí fiquei ali...”

Assim, a cirurgia aconteceu no turno noturno, com Carolina na trigésima semana de gestação. Estavam com ela na sala de cirurgia, além do anestesista e obstetra, estudantes e o companheiro. Seus braços foram amarrados, portanto, conseguiu apenas ter contato visual com seu recém-nascido. Não abraçou, não sentiu seu cheiro, nem amamentou. Ele foi levado pelas enfermeiras para os primeiros cuidados e, de lá, para o berçário. Carolina não tem lembranças do que aconteceu depois, apenas a sensação de calafrio após a cirurgia e a chegada na enfermaria, quando tiraram o seu lençol para

colocação da fralda. Permaneceram entre três e quatro dias no hospital, pois o bebê perdeu peso nos primeiros dias e precisava recuperar. Nasceu com 3,900 kg e logo após tinha 300 g a menos:

> “Eu percebi que foi por conta do colostro. Porque assim, no parto natural, Deus dá o filho e a comida. E o parto artificial, porque é um parto que vai abrir a barriga, aí demora uns três dias mais ou menos pra chegar o leite, acredito”.

Para Carolina, o fato de estar no hospital e ter realizado uma cirurgia, não a fez sentir-se como uma paciente, como uma doente. Ela diz que estava ali como uma mulher que foi parir o seu filho. E, segundo ela, o parto foi humanizado, pois não sentiu dor, não houve complicações ou sofrimento:

> “Não posso dizer que não, porque eu não tive complicação, eu não sofri, Diante de.. assim, eu não sofri o que não devia sofrer... Porque parir é um sofrimento, porque pare com dor. Só que assim, no meu caso, eu entrei sem dor e saí sem dor. Só senti dor dos pontos, dos gases, na verdade. Pelo menos dos pontos eu senti. Graças a Deus!”

Segundo Carolina, para trabalhar em uma maternidade e com o parto dito humanizado, os profissionais precisam ser mais humanos e olhar os outros humanos com mais amor e não apenas com profissionalismo. Para ela, uma palavra proferida para demonstrar apoio, aconchego e afeto é uma demonstração de amor para mulheres que estão em situação de medo e insegurança. Para ela, frases como “eu estou aqui”, “não se preocupe não, vai doer, mas vai passar”, “não se preocupe, vai ser rápido” fazem toda a diferença para quem as escuta, é um sinal de apoio e segurança. Ao contrário de frases como a que ela ouviu de uma enfermeira, ao parir sua primeira filha, aos 30 anos de idade: “Ah, não é bom fazer??”. Atitudes como essas denotam, para ela, falta de humanidade:

> “Acho isso falta de amor, de humanidade, porque assim, não é da pessoa. O SUS, a gente paga por isso muito caro, que sabemos disso. Então se tem um soro para adiantar, porque não? Vai parir normal, adianta a vida do outro, adianta a dor do outro. Porque ninguém namora com dor. Então como é que elas vai falar um negócio desse, ofendendo as pessoas? Eu soube que isso já está acabando e tá dando processo. Tem que ser, para ver se isso acaba!”

Outro assunto abordado com Carolina foi a respeito do primeiro contato mãe-bebê, do ambiente de nascimento, das pessoas que estavam presentes, do momento da chegada do recém-nascido, se causa algum impacto emocional ou psicológico na criança, no decorrer da vida. Para ela, o bebê sofre influências da mãe desde a gestação, mas também o momento e o ambiente onde está ocorrendo o parto e a postura das pessoas presentes, dos profissionais, podem influenciar na chegada do bebê:

> "A gente passa pra criança, passa mesmo. Eu passei pra Elisa (...) Eu saí da síndrome do pânico, em seguida eu engravidei dela. Ela nasceu, e ela, com quatro anos Lisa, tinha uma tristeza profunda, a médica falou. E eu sentia aquilo. E foi na minha gestação, porque não costumo tá batendo, tá gritando, sempre fui uma mãe amorosa. E eu acho que, principalmente, na hora, na hora do parto, quando você não tem uma equipe que passa essa paz, essa humanidade, sabe? O amor pelo que faz, pela profissão...não precisa amar a paciente, mas ame a profissão, ame a criança chegar com amor, sabe? No ambiente saudável, eu acho, entendeu?"

As memórias do parir de Valdice Romeiro

> "Eu me senti muito segura. Muito segura mesmo. Eu acho que eu teria uns dez filhos dessa forma. Porque eu tava muito segura, eles passaram muita confiança, até porque eles eram esposo, né? Os dois era marido e mulher(...). Então foi um parto cesárea, mas eu senti um parto humanizado. Foi um parto humanizado, entendeu?"

Val, como é mais conhecida, tem curso superior incompleto na área de saúde (enfermagem), é dona de casa, tem cor de pele amarela, considera-se cristã, está casada e rememorou sua gestação, parto e pós-parto sete anos após o ritual de nascimento do seu filho, dia 17 de fevereiro de 2022, em um agradável encontro, na orla de Atalaia, em Aracaju.

Em fevereiro de 2015, com 29 anos, Valdice teve sua primeira e única experiência de parto, com dia e hora marcada, em um parto cirúrgico; ela não cogitou que fosse diferente, não desejou parir de outra forma. Não planejou a

gravidez e fez o acompanhamento pré-natal em clínica particular, sem convênio médico.

No quinto mês da gravidez, em virtude da perda de um familiar e do forte abalo emocional, Valdice iniciou um quadro de hipertensão arterial (pré-eclâmpsia), o que levou a obstetra a indicar a realização de cesárea. Mesmo fazendo o tratamento farmacológico indicado e regularizando a pressão, a indicação do parto cirúrgico se manteve até a trigésima sétima semana, para quando foi agendado o parto. Segundo a obstetra, havia chance de complicações, caso o parto fosse vaginal.

A equipe médica era composta pela obstetra e seu companheiro, também obstetra e anestesista, com quem Cleide também teve uma consulta uma semana antes do parto e quem a recepcionou na clínica, no dia da cirurgia, encaminhando-a para uma sala e verificando a dilatação do colo do útero (o toque). Com quase trinta e oito semanas de gestação, o nascimento aconteceu nas proximidades do período de Carnaval, quando muitas pessoas vão às ruas para festejar, alterando a rotina a cidade e de suas instituições como os hospitais.

Cleide lembra que começava e ter contrações leves e, com o toque, na chegada à clínica, foi constatada uma dilatação de 4 cm. Mas o processo do trabalho de parto foi abreviado; a equipe manteve a Cesárea, não aguardando a evolução das contrações, rompimento da bolsa e dilatação máxima do colo uterino. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para administração da anestesia e retirada do bebê. Ela lembra que não teve seus braços presos, como em algumas cirurgias dessa natureza, e tudo ocorreu com muita tranquilidade; o filho foi colocado perto dela logo que nasceu:

> “Quando eles tiraram eu não ouvi ele chorando, então demorou alguns segundos, acho que eles fizeram algum movimento e aí ele começou a chorar, aí eles me entregaram. Ele ainda ficou um pouco comigo, ainda ficou no colo com ele, eles botaram ainda perto de mim um pouco”.

Não havia acompanhantes com Cleide e logo após o nascimento, entre meio dia e 13h, ela foi levada para a sala de recuperação, onde permaneceu até o final da tarde. Já no quarto, foi informada de que tomaria banho com o

auxílio de uma profissional, o que foi recusado por ela, pois não sentia dores, nem tontura:

> “Seis horas depois, praticamente, eu estava parecendo que tava inteira e eu fui tomar banho sozinha. Sozinha, sem ajuda nenhuma. Tomei banho sozinha, me vesti, me penteei e voltei pra cama pra esperar ele”.

Apenas no início da noite o bebê foi levado para a mãe; não quis ser amamentado e chorava muito, no berço. A enfermeira orientou que Cleide o colocasse na sua cama, próximo ao corpo e a pediatra explicou que é normal o bebê não sentir fome logo após o nascimento. Outra tentativa de amamentação se deu algumas horas depois, com aceitação, mas imediata regurgitação, levando o recém-nascido a ser aspirado, ou melhor, foi retirado de suas vias aéreas restos do líquido amniótico engolido durante a gestação. Dessa forma, o bebê passou toda a noite no berçário, onde foi alimentado pelas enfermeiras com leite (via mamadeira), retornando para a mãe apenas às 5h.

Cleide lembra que ela e o filho passaram três dias no hospital e não necessitaram de acompanhante, já que não havia dores, mal-estar ou qualquer desconforto. Todo o ritual do parto ocorreu como ela queria, por isso ela classificou como um parto cesárea humanizado:

> “Fui bem tratada pelos funcionários de lá, pelas enfermeiras, pela equipe de obstetras que, no outro dia tava lá, no terceiro dia, até eu ir embora, eles estavam lá me visitaram. Então eu me senti muito acolhida”.

O puerpério contou com uma rede de apoio formada pelo companheiro e pela mãe, que passou trinta dias em sua casa. Cleide lembra que recebeu bastante apoio e no vigésimo dia após o parto já sentia pronta para realizar algumas atividades, já se sentia ‘nova’. Quanto à alimentação, teve que se alimentar da forma mais saudável possível, pois o bebê apresentou alergia a outro tipo de leite. Dessa forma, a exclusividade do leite materno permaneceu até o sexto mês, quando passou a aceitar outro tipo de alimento paralelamente à amamentação, que se estendeu até o terceiro ano de vida:

> “Ele começou a apresentar alergia ao leite. Ele teve alergia ao leite. E ele não aceitava, não aceitava leite o outro leite. Ele cuspia, ele jogava fora, ele batia com a mão. Então para mim foi a maior dificuldade foi essa. Porque eu não podia introduzir nada. Eu também não podia comer qualquer coisa. Eu evitava. Mas eu procurei ter uma alimentação muito saudável”.

As memórias de Valdice, portanto, a levam para um local confortável, onde a gestação, parto e pós-parto, segundo ela, foram muito tranquilos.

As memórias do parir de Valda Limeira

> “Eu amanheci fui fazer o café aí me deu assim uma dorzinha na barriga. Eu digo: é dor normal, vai passar. E foi aumentando, foi aumentando... tinha uma mulher que ela, sempre fazia trabalho de parteira... não era parteira formada, mas ela, sempre quando a pessoa precisava ela ia... aí eu mandei chamar ela. Também, logo ela nasceu... umas nove horas ela nasceu!”

A terceira interlocutora escapa ao perfil das demais mulheres que compartilharam de suas memórias sobre o gestar e o parir. Atualmente com 80 anos de idade, Valda pariu pela décima terceira vez aos 43 anos, no ano de 1985, em sua casa, em Mesinha, área rural do município de Nossa Senhora da Glória, em Sergipe, de parto natural, feito por uma parteira e sua auxiliar. Dos doze partos anteriores, em apenas dois deles recorreu à maternidade. Não realizou acompanhamento médico e não fez qualquer exame pré-natal em nenhuma das gestações.

Como o intervalo de tempo entre o seu último parto e a nossa conversa é relativamente grande, as lembranças são esparsas. Memórias de como era a sua vida e da sua família, do trabalho na área rural e os costumes da época. Ela trabalhava na roça e estudava à noite na sede do município, em Glória, com dois irmãos; a escola era longe e no período de chuva era difícil acessar. Em virtude das muitas dificuldades, cursou apenas os anos iniciais do Ensino Fundamental. Está viúva, aposentada e mora no bairro de Mosqueiro, em

Aracaju, onde conversamos. Declara que sua cor é morena e sua religião, Adventista.

Seu último parto foi rápido; ela lembra que ao fazer o café da manhã, às 6h, sentiu leves cólicas, que julgou normal. Serviu o café ao companheiro e aos filhos, que foram para a roça, ficando em casa apenas com os dois filhos menores. As cólicas aumentaram e, sem demora, tiveram que chamar a parteira:

> "Só fiquei com dois mais pequeno. Os mais novo que não ia pra roça, né? Aí quando foi adepois... quando... o café foi na base das sete horas, quando eles saíram. Quando foi umas oito horas pegou apertar um pouco, aí eu mandei os menino... vai, diga a dona Maria que venha aqui!"

Era a primeira vez que D. Maria, a parteira, realizava um parto em Valda, que apesar de ter passado por mais de uma dezena de partos, não repetia as profissionais. Depois de avaliar a gestante, foram para o quarto e, na cama, nas primeiras contrações e sem tantas dores, a criança nasceu. Os filhos menores não assistiram ao ritual do nascimento:

> "Eu entrei, ela ajeitando, quando foi umas nove hora... de oito e meia pra nove hora... Ela nasceu!! Não me deu um trabalho pra nascer... Foi a mais nova! Não me deu trabalho, a dorzinha foi pouca".

Logo após o nascimento, a recém-nascida foi colocada na cama ao lado da mãe, para que a parteira e sua auxiliar retirassem a placenta, pressionando o ventre. No bebê era dado um banho em água morna em uma bacia levada pela profissional; era limpo, vestido e colocado próximo à mãe, que não oferecia mama logo em seguida; a amamentação acontecia cerca de duas horas após o nascimento.

O trabalho de parto e parto foram rápidos e sem quaisquer complicações. No pós-parto, no entanto, havia muitas restrições e tabus. A mãe só poderia sair do quarto três dias depois. O banho era parcial (da cintura para baixo) com água morna, até completar doze dias, quando era permitido um banho com água morna, de corpo inteiro. Mais doze dias e era possível utilizar água fria no corpo todo, inclusive a cabeça. Ao todo, espera-se quase um mês para o banho sem restrições:

> “Era banho da cintura pra baixo, né? E de noite a minha mãe mornava água. Toda noite eu me banhava da cintura pra baixo. Agora tomar banho de cabeça e tudo, naquela época, era doze dias. Doze dias, era vinte e quatro dia. Doze tomava banho morno... agora, adepois do banho morno de cabeça e tudo porque toda noite se banhava da cintura pra baixo, né?

A alimentação, no período que Valda pariu, era outro aspecto alterado durante o puerpério. Sua rede de apoio, lembra ela, durante o primeiro mês do recém-nascido, era a mãe, que garantia a alimentação adequada (galinha e pirão, uma mistura de farinha de mandioca com o caldo da galinha), o cuidado com as outras crianças e os trabalhos domésticos em ordem. A alimentação do bebê não se restringia ao leite materno, que era oferecido `para acalentar, para acalmar. A comida “de verdade”, como lembra ela, que sustentava a criança era o gogó, também chamado de mingau, uma mistura de leite e um tipo de farinha:

> “Naquela época ninguém criava menino no peito não. Não... Dava ‘de mamar’ mas a comida era gogo. A mama só dava assim: a comida certa, três vezes era o gogó... e agora quando a menina chorava, aí dava no peito, quando chorava dava o peito. Mas tinha alimentação de gogó sempre, sempre”.

Assim, após três meses do parto, se houvesse uma cuidadora para o bebê e as demais crianças, a mãe retornava ao trabalho da roça. Valda lembra que sua última criança mamou apenas quatro meses, pois era oferecido pouco o leite materno, em virtude de sua ausência, chegando a “secar” a mama.

As lembranças do único parto complicado de Valda vieram à tona. Ela lembra que depois desse parto, passou quase dois anos sem engravidar, e quando aconteceu, antecipou-se e foi à maternidade para evitar outra complicação. Essas foram as únicas vezes que buscou ambiente hospitalar para que seus filhos nascessem. Nenhum dos filhos morreu no parto, embora duas recém-nascidas tenham falecido alguns dias após o nascimento.

No parto que ela considera complicado, as memórias são de medo e dor. Teve um trabalho de parto com 24h de muitas contrações, acompanhada da parteira, que sugeriu levarem à maternidade:

> “Vamos levar ela pra Glória, disse a parteira. Ela não vai não vai ter esse menino em casa. Aí levou. Quando chegou lá, sabe como foi que ele nasceu? A enfermeira botou o joelho aqui (na parte de cima da barriga), que ele só queria subir. Mas sabe por quê? Hã? Eu trabalhei muito de enxada na gravidez e diz o povo que em tudo que eu me abaixava assim pra trabalhar, ele subiu. Aí ele era arranjado aqui em cima assim. Aí foi obrigado dela botar o joelho aqui pra ele descer. Ela com o joelho aqui e a outra puxando. Nasceu assim o Beto”.

Foi um parto sem anestesia, sem aplicação do hormônio ocitocina, sem uso de fórceps ou de qualquer outro instrumento. Valda lembra que ficou ”toda arrebentada” e passou quatro dias no hospital, mas não mencionou que tenha sofrido “violência obstétrica”. Era a solução possível para um parto que não pode ser realizado em ambiente doméstico e havia um medo generalizado entre as mulheres do local da morte no momento do parto.

Questionada sobre os medos das mulheres, atualmente e na confiança de seu próprio corpo de parir, Valda coloca que a confiança está depositada na ciência, nos médicos:

> “Ela confia mais é na ciência hoje, que avançou mais né? Tudo não é que nem daquela época que era tudo atrasado (...). Ela confia mais que se for pra maternidade, lá tem jeito... lá faz cesárea. Se tá demorando faz cesárea, elas não tem tanto medo como naquela época o povo tinha... as mulher tinha muito medo de morrer de parto, muito medo”.

Valda lembra que, ‘em sua época’, muitas mulheres morriam na hora do parto porque eles aconteciam em casa, em virtude do difícil acesso aos serviços de saúde. Atualmente, além do ofício de parteira estar em vias de extinção em algumas regiões, as mulheres depositam sua confiança nos aparatos da medicina moderna e nos profissionais de saúde. Das duas filhas de Valda que já tiveram filhos, uma delas teve partos normais em maternidade. A mais nova, da qual Valda retomou as lembranças do parto, optou por ter um filho com data e horários marcados, no ano de 2015, ano em que completou 30 anos.

4.1. A dor como uma construção social

Carolina pariu três vezes e é testemunha da dor; dois de seus filhos nasceram em partos normais e um em parto cesárea, seguido de laqueadura, aos 41 anos de idade, em maternidade pública de Aracaju - SE. Durante a nossa conversa, as memórias compartilhadas a respeito do nascimento do seu terceiro filho iniciaram a partir do sentimento de insegurança e uma vontade muito grande de não sentir dor, de não reviver os momentos de tensão e sofrimento experimentados nos dois primeiros partos normais.

Carolina desejou e lutou para que seu parto fosse cirúrgico, por duas razões principais: para não sofrer com as dores do parto e para realizar a laqueadura. A despeito da resistência das médicas obstetras em realizar a cirurgia, pois sua gravidez não era considerada grave, na escala de riscos de vida, o parto foi cesariana, sem dores e sofrimento, o que a permitiu classificar como um parto humanizado:

> “Não posso dizer que não, porque eu não tive complicação, eu não sofri, Diante de... assim...eu não sofri o que não devia sofrer... Porque parir é um sofrimento, porque pare com dor. Só que assim, no meu caso, eu entrei sem dor e saí sem dor. Só senti dor dos pontos, dos gases, na verdade. Pelo menos dos pontos eu senti. Graças a Deus!” (Memórias de Carolina, 2022).

Percebe-se, nestas falas, que Carolina classifica o parto humanizado em termos de ausência de dor, sofrimento e complicações e a medicina, assim como os procedimentos médicos, em seu entendimento, parecem ser o meio possível para se alcançar o parto ideal, indolor, prático e humanizado, o que foi atestado por ela em sua terceira vivência de parto.

Assim como Carolina, outra gestante, entre as interlocutoras, que optou pelo parto cirúrgico foi Valdice Romeiro. A experiência, segundo suas memórias, ocorreu com muita tranquilidade, sem dores ou incômodos, permitindo uma recuperação rápida, no pós-operatório, de maneira que ela recorda ter recusado o auxílio de uma profissional de saúde nas primeiras horas do pós-parto, para o momento do banho, por exemplo, quando muitas puérperas geralmente apresentam vertigens e desmaios. Analisando o seu rito

de passagem, sobretudo o momento do parto e os obstetras que a acompanharam, rememorou Valdice:

> “Eu me senti muito segura. Muito segura mesmo. Eu acho que eu teria uns dez filhos dessa forma. Porque eu tava muito segura, eles passaram muita confiança, até porque eles eram esposo, né? Os dois era marido e mulher(...). Então foi um parto cesárea, mas eu senti um parto humanizado. Foi um parto humanizado, entendeu?” (Memórias de Valdice, 2022).

Valdice rememorou o parto do seu filho; por outro lado, sua mãe, Valda Limeira, contou sobre a experiência que trouxe ao mundo Valdice. Três gerações e duas diferentes experiências de nascimento. Valda passou por treze partos e onze deles aconteceu em ambiente doméstico, com auxílio de parteira. A personagem principal? Ela mesma! Onde? Em sua cama, em seu quarto! Valdice, a mais nova dos treze filhos nasceu logo nas primeiras contrações e sem tantas dores. O parto foi domiciliar e natural, já que ela morava em uma localidade com poucos recursos e infraestrutura disponíveis:

> “Eu entrei (no quarto), ela ajeitando (a parteira), quando foi umas nove hora... de oito e meia pra nove hora... Ela nasceu!! Não me deu um trabalho pra nascer... Foi a mais nova! Não me deu trabalho, a dorzinha foi pouca”. (Memórias de Valda, 2022)

A dor, nos três relatos acima está presente e parece ser considerada pelas interlocutoras como inerente ao parto, ao nascimento, um momento de sofrimento; a sua ausência, ao contrário, só parece ser possível com a interferência da medicina, das técnicas e dos procedimentos hospitalares, que tem os fármacos, como a ocitocina e a anestesia como maiores aliados. Nesse sentido, pode-se inferir que o ritual de iniciação da própria vida humana está baseado na dor? E o que é a dor e o sofrimento?

As pessoas reagem de forma diferente à dor, conforme muda sua condição sociocultural, história pessoal e contextual, de maneira que a anatomia e a fisiologia são insuficientes para explicar tais variações. De acordo com Le Breton (2011), a maneira como o homem se apropria de sua cultura, valores e o estilo de sua relação com o mundo compõem uma trama decisiva para a apreensão da dor.

A dor, para esse autor, além de fisiológica, é um fato de situação, onde a experiência mostra que, para o seu alívio, as pessoas próximas, mesmo sendo do meio profissional, tem grande importância:

> “Os profissionais dos serviços de cuidados paliativos sabem que uma palavra amiga ou uma mão na fronte, a presença junto à cabeceira do doente são os mais eficazes dos antálgicos, ainda que não sejam suficientes. A dor é íntima, certamente, mas é também impregnada de social, de cultural, de relacional, é fruto de uma educação. Ela não escapa ao vínculo social”. (Le Breton, 2011, p. 14)

A colocação de Le Breton (2011), sobre o alívio da dor encontrar lugar também em pessoas próximas, com palavras, atitudes e presença; vai de encontro à experiência vivida por Carolina, o sentido que ela atribui ao parto humanizado e o cuidado dos profissionais de saúde com as parturientes, ao demonstrar atenção e afeto, que proporcionam segurança e minimizam o desconforto e a dor. Segundo colocou Carolina, para trabalhar em uma maternidade e com o parto humanizado, os profissionais precisam ser mais humanos e olhar para os seus pares com mais amor, e não apenas com profissionalismo.

Para ela, uma palavra proferida para demonstrar apoio, aconchego e afeto é uma demonstração de amor para mulheres que estão em situação de medo e insegurança. Frases como “eu estou aqui”, “não se preocupe, vai doer, mas vai passar”, “não se preocupe, vai ser rápido” fazem toda a diferença, segundo ela, para quem as escuta. É um sinal de apoio e segurança.

Assim, Le Breton (2011), ao fazer um apanhado histórico, fala sobre a dor na tradição aristotélica, que foi durante muito tempo, concebida como uma forma particular da emoção. Na filosofia mecanicista, na obra de Descartes, a dor é inscrita como uma sensação produzida pelo corpo, que era visto como máquina. O homem não tinha qualquer participação na construção do seu sofrimento, que era percebido como um efeito mecânico de um excesso de solicitação dos sentidos.

A biologia estudava o mecanicismo do dor, descrevia objetivamente a origem, a trajetória e o ponto de chegada de um estímulo. Por outro lado, a psicologia e a filosofia apresentavam apenas relatos do caso da dor, a impressão subjetiva do indivíduo. Estava em primeiro plano a mecânica

neuronal e cerebral, a máquina do corpo estava em evidência; já o homem, com sua subjetividade, era uma hipótese insignificante.

Foram Freud e Breuer, estudando sobre a histeria, abriram um espaço no meio da abordagem estritamente neurológica, para mostrar que o homem não era apenas uma série de fibras nervosas. Toda dor, segundo Le Breton (2011, p. 16), “envolve uma dimensão moral, um questionamento da relação do indivíduo com o mundo”. Isso significa, portanto, que a dor também pertence à esfera simbólica, não é puramente fisiológica.

Se retornarmos à questão inicial, se o ritual de iniciação da própria vida humana está baseado na dor, podemos dizer que não apenas na dor, mas pode-se afirmar, com base em Le Breton (2011), que a dor é um dado fundador, considerando a constituição de um mundo humano, de significações e de valores acessíveis à ação humana. Ela é uma manifestação ambígua de defesa do organismo, através das retrações que ela provoca, pela marca que deixa na memória, levando a agir de forma mais lúcida e prudente, considerando a própria fragilidade, que é natural da condição humana. Mas tal sentido defensivo é insuficiente, como já foi dito, para explicar a dor. Segundo Le Breton (2011, p. 48):

> “A causalidade fisiológica não pode explicar sozinha a complexidade da relação do homem com a dor. Esta responde a causalidades múltiplas; ela se tece também numa relação inconsciente do sujeito consigo, é uma superfície de projeção em que se resolvem tensões identitárias; ela lida com modelos culturais e se alimenta dos usos sociais em vigor.”

Nesse sentido, entende-se que todas as sociedades humanas conferem um sentido e integram a dor em sua visão de mundo. Para Le Breton, a origem da dor pode ser encontrada nas redes de causalidade, tanto quanto os meios simbólicos e práticos para o seu tratamento com as medicinas particulares que cada sociedade elabora, seja ela a tradicional ou as medicinas ditas alternativas.

Entre muitos exemplos de dor e sofrimento que nem sempre são resolvidos ou compreendidos com tratamentos médicos convencionais, Le Breton (2011), traz em sua obra Antropologia da Dor, situações de acidente de trabalho envolvendo homens, em geral migrantes, operários, exilados,

separados de suas regiões de origem, que mantêm suas queixas, mesmo depois de terem finalizado seus tratamentos de saúde e terem ouvido dos médicos que já podem seguir a vida normalmente, pois os exames comprovam sua boa saúde. Esses homens sentem-se incompreendidos diante do sofrimento que se mantem e a incapacidade do médico de decifrar a razão da sua dor, que não aparece nos exames.

A incapacidade médica em decifrar, no plano fisiológico a doença faz com que ela se cristalize ainda mais ou mesmo piore os sintomas, levando esses homens a uma busca incessante de um diagnóstico e a suspeitar de perturbações psiquiátricas. O reconhecimento das suas dores, invisíveis aos exames, não se dá porque não há uma indagação médica a respeito do significado da queixa, do sentido que o doente atribui ao seu próprio sofrimento. Há, nesse caso, um dilema que só pode ser esclarecido se o médico captar o sentido que anima o paciente, alcançando sua cultura e o dilema que se mostra identitário:

> “O monopólio médico de dizer a verdade ou a ilusão da dor é motivo de conflito com o doente, estupefado com a indiferença do médico em relação ao que ele sente e com o questionamento de sua palavra”. Le Breton (2011, p.51).

Quando pensamos na dor do parto, a dor inerente atribuída a ele, o autor, em seu estudo, afirma que se trata de uma dor legitimada, uma espécie de dor que se antecipa de acordo com circunstâncias sociais, culturais ou físicas e são tidas como difíceis de suportar. Há, na dor do parto, uma experiência acumulada dentro do grupo e que leva os membros a uma expectativa do sofrimento. A dose de dor esperada, assim como as formas de minimizar ou de responder a ela, são transmitidas através das gerações e transmitidas pelo testemunho daqueles que participam das cenas de parto: parteiras, enfermeiras, médicos, fisioterapeutas, além das próprias parturientes.

Por se tratar de uma dor legitimada e esperada no processo de parturição, muitas mulheres abdicam da sensação física de sofrimento e optam pelas soluções farmacológicas que a medicina dispõe para minimizá-la ou afastá-la. Entram em cena, assim, os tratamentos médicos, com os hormônios sintéticos, os anestésicos e analgésicos.

4.2. O poder da anestesia e da ocitocina

No Capítulo inicial deste trabalho foram apresentadas algumas considerações a respeito dos procedimentos cirúrgicos em tempos remotos, realizados sem anestesia, sem assepsia e regado a sofrimento físico e psicológico. Tempos em que a dor era um destino tomado como uma condição social; era inevitável sofrer e a morte, nos procedimentos médicos, era uma ameaça constante.

Com o início das pesquisas na área da química, no século XVIII, foram elaboradas muitas substâncias anestésicas que não tardaram se estabelecer no ambiente médico, causando alterações significativas nas cirurgias realizadas e nos tratamentos médicos, principalmente os procedimentos analgésicos. A burguesia foi a classe social inicialmente beneficiada pelos anestésicos e aquela que inaugurou uma postura de evitação da dor, deixando marcas nas gerações seguintes.

Com o uso contínuo e crescente dessas substâncias, a dor não tardou perder o seu significado moral ou cultural. A questão de cada um com sua saúde passou a ser uma questão médica. Segundo Le Breton (2011, p. 166), o limiar de tolerância com a dor, que era relativamente alto, “se reduz à medida em que os produtos antálgicos se banalizam”.

É a busca pela anestesia quem vai conferir certo poder da medicina sobre o corpo, pois é esse saber, suas práticas e os profissionais quem estarão habilitados a ministrar, legalmente, os anestésicos, livrando os corpos da tortura, da dor e do sofrimento. O contrário do livramento da dor, a escolha pelo tipo de nascimento que não envolve fármacos e anestésicos, passou a ser considerado um verdadeiro absurdo.

Diz Le Breton (2011, p. 168):

> “As grandes declarações de médicos ou de jornalistas afirmando a inutilidade da dor, bem como seu caráter absurdo, pretendem situar-se além das culturas e dos significados pessoais atribuídos pelo homem a suas dores; elas classificam como crédulos, ou pelo menos como singulares, aqueles que suportam com coragem ou resignação, sem esmorecer em sua vida pessoal”.

Os anestésicos, assim, transformaram a experiência humana da dor. As antigas defesas culturais da dor tornaram-se obsoletas frente aos tratamentos de fácil acesso. Sofrer ou sentir dor passou a ser uma opção escandalosa, e as mulheres que optam viver o ritual de um parto vaginal com o mínimo de intervenção médica, sem analgésicos, hormônios ou anestésicos são consideradas, atualmente, como corajosas.

Cabe aqui o meu próprio relato, de mulher que escolheu e desejou um parto normal e que, assim como algumas das interlocutoras, entendeu que era necessário preparar o corpo, minimamente, com exercícios físicos. Rememoro as muitas falas de amigas e familiares comentando o quanto eu era corajosa pela escolha, que admiravam a minha decisão de sofrer, de sentir a maior dor que um ser humano poderia experimentar, que é a dor do parto.

Esse grau máximo de dor que é atribuído ao parto normal e inerente e ele, sou incapaz de descrever, após nove anos do meu rito de passagem. Por outro lado, recordo, com muita nitidez, que o nascimento do meu filho aconteceu na sala de pré-parto de um hospital público, foi ministrada a ocitocina sintética e a obstetra utilizou de uma técnica manual, utilizando seus próprios dedos, para ajudar na passagem do bebê, evitando a episiotomia. Apesar da utilização da ocitocina, para aumentar as contrações, outras soluções farmacológicas foram deixadas de lado, o que me fez classificar como um parto humano, humanizado, um parto vivido, realmente sentido, experienciado na pele e na dor. O pavor que me rondava não era relacionado à dor, mas a sensação de um corpo anestesiado, preso em si mesmo.

Dessa maneira, em alguns casos, a experiência vivida e a relação com o real parece ser retirada pela anestesia, na hora do parto. Sentir parte do corpo anestesiado, com uma anestesia peridural, por exemplo, parece tirar a vitalidade, o movimento, a autonomia. Le Breton (2011) apresenta vários exemplos de mulheres que, para ter a sensação do real, na hora do parto, com a anestesia, recorrem a uma forma particular de ritualização, como uma mulher do Benim que pariu na França, poucos meses depois de mudar-se para esse país. A mulher, um dia após o parto, isolou-se e dizia sofrer em virtude da peridural administrada, pois, em sua experiência cultural, as crianças nasciam da dor necessária da mulher.

A parturiente do Benim, portanto, sentiu-se distanciada das mulheres de sua linhagem, o que a levou a criar uma dor. Le Breton (2011, p.171) explica que, “ao alimentar uma dor inteiramente criada, ela se enraíza na coerência de um mundo reencontrado, ela conclui o parto do seu filho na fidelidade a suas origens”. Para o autor, a resistência cultural da mulher preserva as suas identificações.

Entre as seis interlocutoras que deram base a essa pesquisa com suas memórias do processo de gestação e parto, Valda e Geilsa não experimentaram anestésicos ou hormônio sintético, pois seus partos foram considerados naturais. Quanto às experiências de Carolina, Valdice, Leila e Emília, como bem colocado em outras discussões e relatadas em suas Memórias no decorrer do texto, foram marcadas pelo uso de fármacos para evitar e aliviar dores, acelerar contrações e evitar sofrimentos sem, no entanto, apresentarem qualquer reação ou resistência por estarem, todas elas, submersas em uma cultura onde o poder médico e tecnocrático impera e onde evitar a dor é lugar comum. Tal qual os anestésicos, os hormônios ocupam um largo espaço nas cenas de parto e, mais do que nunca, em outros setores da vida social. Vejamos!

4.3. A ocitocina sintética e seus diversos usos

Dentro da seara do controle da gravidez e do parto pela medicina e o modelo obstétrico vigente, outro assunto que merece atenção é o uso da ocitocina sintética para induzir o trabalho de parto, expulsar a placenta ou evitar hemorragias. Sua utilização não é apenas em partos normais, mas também nos cirúrgicos e muitas vezes é administrada sem que a parturiente esteja ciente do objetivo e os efeitos da substância no organismo.

É válido recorrer a estudos realizados na área médica a respeito do uso da ocitocina em cesarianas. No artigo de Yamaguchi et al (2015), os autores colocam que este foi o primeiro hormônio polipeptídeo a ser sintetizado, no ano de 1953, por Vincent Du Vigneau e que é o medicamento de primeira escolha

tanto na prevenção quanto no tratamento da atonia uterina[10], principal causa de hemorragia no pós-parto.

Entre as seis mulheres ouvidas no decorrer da pesquisa, quatro vivenciaram a etapa do trabalho de parto (Emília, Leila, Valda e Geilsa); dessas, duas tiveram parto natural e outras duas (Emília, Leila) sentiram dores, contrações e dilatação do colo do útero; ainda assim, tiveram administração da ocitocina para acelerar o período expulsivo. Geilsa, Emília e Leila registraram em seus Planos de Parto que concordavam em receber o hormônio, caso a equipe médica entendesse que seria necessário, pois elas têm conhecimento de que faz parte do protocolo médico, é parte constituinte do ritual dos partos contemporâneos, que seguem as diretrizes do modelo tecnocrático.

Além dos fatores fisiológicos, o fator tempo é determinante para a decisão sobre a administração da ocitocina durante o trabalho de parto realizado em instituições hospitalares, uma vez que a disponibilidade da equipe médica é colocada em questão e não há exclusividade na prestação de serviços. O corpo da mulher e do bebê são controlados a todos os momentos e o tempo para o nascimento é, muitas vezes, definido externamente.

Segundo Souza et al (2010), que pesquisaram sobre o melhor método farmacológico para indução de parto (estímulo artificial das contrações uterinas, antes do início espontâneo), desde a antiguidade são utilizados métodos naturais para essa finalidade, como o óleo de rícino, mas atualmente, muitas outras drogas vêm sendo estudadas, como a ocitocina. Este tem sido o método de indução mais comumente utilizado em todo o mundo.

Trata-se, portanto, de um hormônio artificial utilizado rotineiramente, impedindo que a maioria das mulheres dê à luz sem depender da liberação de hormônios, com cesarianas, para expulsar a placenta ou para “apressar” o parto normal. Os reais efeitos do uso sobre a mãe e o bebê ainda não tem estudos conclusivos, somado ao fato de que, no decorrer dos anos, pensando em escala evolutiva, as mulheres podem deixar de produzir esse hormônio, conhecido na área médica como hormônio do amor e também

> “um importante neuro-hormônio envolvido em diversos processos biopsicossociais. Muitos mecanismos de ação ainda precisam ser

[10] Perda da capacidade de contração do útero após o parto.

> desvendados e melhor esclarecidos por meio de estudos futuros, o que renderá importantes conhecimentos a respeito da fisiologia e neuromodulação de diversos fenômenos em seres humanos”. (Corrêa e Brito, 2020, p. 49).

Nesse estudo da área de neurociências e comportamento, Corrêa & Brito (2020) investigaram a influência da ocitocina sobre a confiança adquirida entre jogadores no processo de tomada de decisão. De acordo com os resultados e junto com outros estudos que examinam as bases neurais do comportamento cooperativo, os pesquisadores acreditam que a ocitocina possa modular a cooperação entre indivíduos.

Portanto, o hormônio ocitocina tem grandes efeitos comportamentais. Além de estimular as contrações uterinas para o nascimento do bebê e a expulsão da placenta, ele aciona um comportamento materno, típico hormônio altruísta e que influencia processos mais amplos, do comportamento cooperativo. O hormônio da moda, do amor, do altruísmo e da cooperação ganhou visibilidade e é rotina nas cenas hospitalares, entre profissionais, estudiosos e parturientes, alterando, assim como os anestésicos e analgésicos, os rituais de nascimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tecer conclusões a respeito de um tema atemporal e universal requer um olhar profético em relação ao futuro e a forma de nascer em diferentes culturas, o que se apresenta como uma difícil tarefa. Entretanto, não se pode escapar da parte conclusiva da pesquisa.

Em analogia ao processo de gestar e de parir, em que o desfecho é o nascimento, a vida de um novo ser que sai das entranhas de sua mãe, o presente texto se apresenta como um recém-nascido. Tal qual o bebê é analisado, ainda na sala de parto, através da escala de Apgar, onde são atribuídas notas a critérios como força muscular, frequência de batimentos cardíacos, reflexo, respiração e cor, este texto será avaliado pelo orientador da pesquisa, que observará vários aspectos.

Para isso, em princípio é necessário que ele esteja completo, de corpo inteiro; como cabeça, tronco e membros do bebê, o texto deve estar com introdução, discussão e conclusão. Imperfeições, estas são inevitáveis e, nesse ponto da vida são, em sua maior parte, congênitas, mas passíveis de reversão. Este momento da pesquisa, portanto, conduz à etapa de agregação, em direção a um ciclo que se encerra, como nos ensinou Van Gennep, em seus ritos de passagem.

Assim, entre as reflexões trazidas no texto, foi possível perceber o parto como um ritual de passagem que pode ocorrer de diversas maneiras e em várias etapas, dependendo da cultura e dos costumes em que está inserida determinada sociedade. Sendo um evento fisiológico e também cultural, o nascimento, desde a Antiguidade, teve relação com o sagrado, com tabus e com o universo feminino, de maneira a haver um interstício entre eventos religiosos, vida reprodutiva e sexual e a construção da identidade dos povos.

Nas sociedade ocidentais, as ideologias baseadas no cristianismo fizeram crer que a gravidez e puerpério, além de momentos sagrados, de geração de uma nova vida, são também uma provação, um tempo, para a mulher, de penitência, restrições, sofrimento e dor, assim como um dever, uma obrigação, um imperativo e até uma vergonha que recai na culpabilidade; castigo, culpa, dor e sofrimento advindos do fatídico pecado cometido por Eva

no Paraíso, como muito bem apresentado por Dias (2007), em seu apanhado histórico das cenas de parto entre os povos antigos.

Segundo essa autora, a ideia da mulher fragilizada transferiu parte de suas responsabilidades sobre seu corpo, assim como sua autonomia, para os homens que, aliados a um conhecimento médico científico e racional, que se legitimou e foi tomado como verdade, passaram a ocupar uma posição de poder sobre a mulher, seu corpo e o processo de gestação e parto, levando toda uma rede de conhecimentos e práticas femininas ao obscurantismo e acusações criminosas, como práticas de feiticeiras e bruxas.

A dor e o sofrimento passaram a ser evitados quando as pesquisas científicas começaram a descobrir substâncias antálgicas e anestésicas que diminuíam a dor, a sensibilidade e a mortandade nos procedimentos cirúrgicos. O tempo, nas cirurgias era um grande acelerador e marcava a habilidade médica para resolver a questão. Com o uso dos fármacos, a rapidez deu lugar ao aprimoramento das técnicas, que se popularizaram, inicialmente, entre as classes burguesas.

Com a inauguração de novas possibilidades de parto, foi cada vez mais frequente a realização de partos em instituições de saúde, sob a égide de regramentos e procedimentos médicos que nivelavam todas as mulheres na cena de nascimento, independente de seus costumes e crenças. Entretanto, como todo e qualquer novo paradigma que se apresenta em uma sociedade, não se estabeleceu de forma abrupta e sem resistências. De acordo com Tornquist (2004), a obstetrícia e todo o universo que envolve parto e nascimento foram um dos mais difíceis de serem conquistados pelo modelo da medicina tecnocrática. Para as mulheres que semearam durante longos anos suas práticas de partos domiciliares, com ervas, rezas e plantas, o cenário hospitalar se mostrava inóspito, frio, impessoal e invasivo.

Eis que o caminho da humanização do parto se abriu e foi trilhado dentro dos movimentos de inspiração contracultural, como uma resposta à onda de procedimentos cirúrgicos e rotina de violência nos partos hospitalares, que passaram a ser vistos como eventos patológicos. O modelo que se contrapôs mais firmemente ao modelo tecnocrático, cujo foco é curativo e hospitalar, foi o humanista, por entender o corpo como um organismo e destacar a ligação entre corpo e mente, tendo o apoio emocional, segundo Davis-Floyd (2001),

como muito mais efetivo nas resoluções dos problemas relacionados ao parto do que a aplicação de intervenções tecnológicas.

A despeito de toda uma militância pelo parto humanizado, que ganhou novos sentidos, desde a década de 1960, quando iniciado, no Brasil e em Aracaju-SE, prevalece o modelo tecnocrático. Em virtude da força com que as práticas médicas foram adotadas, de maneira a ganharem um espaço de legitimidade de “mais verdade”, conforme colocou Sarti (2010).

A humanização do parto, portanto, passou a discutir diferentes perspectivas do termo, segundo Diniz (2005), ampliando a oposição ao parto cirúrgico, inevitável nas cenas contemporâneas, para a realização desses procedimentos de forma a respeitar os diferentes direitos das mulheres, promovendo cuidado, tratamento acolhedor, participativo, sem violência, dialogado e com devido manejo da dor, considerada como inerente ao parto.

Tal como as ideias de sofrimento e penitência que nos foram incutidas pela ideologia cristã para o momento do parto e puerpério, a dor tem *sa place certain* nos partos de grande parte das sociedades ocidentais contemporâneas. Mas nem sempre e em todos os lugares é assim; Le Breton (2011) afirma que a apreensão da dor pelo homem acontece de acordo com a maneira que ele se apropria de sua cultura, assim como os valores e estilo de sua relação com o mundo.

Sentir dor ou amenizá-la, portanto, pode ter lugar nos fármacos ou nas medicinas particulares elaboradas por cada sociedade, mas também nos afagos, nos afetos e carinhos dispensados àquele que padece de sofrimento, que nem sempre é físico. Le Breton (2011), em um apanhado histórico sobre a dor, remonta à tradição aristotélica que concebia a dor como uma forma de emoção; ao passo que, entre os cartesianos, a dor não passava de uma resposta neurológica a estímulos físicos. A subjetividade humana era desconsiderada, uma hipótese secundária. No entanto, a dor é uma construção social e pode ser indicativa de uma marca identitária.

Os hormônios sintéticos, assim como os anestésicos e analgésicos, foram disseminados no meio médico no intuito de atender a uma necessidade ligada à atribuição de um sentido de sofrimento e dor carente de solução rápida e definitiva, o que tornou a evitação da dor como uma prática obrigatória,

necessária e comum entre as parturiente, na maior parte das sociedades contemporâneas.

Dessa maneira, entre as interlocutoras que contribuíram com a pesquisa, mulheres que partilharam de suas experiências e sensações relacionadas aos seus filhos, durante a gestação, parto e pós-parto, a maior parte vivenciou as cenas de partos contemporâneos, entre os anos 2020 e 2021, período coincidente com a pandemia do COVID-19, em hospital particular de Aracaju-SE, custeado com plano de saúde.

As duas outras mulheres, mãe e filha, pariram em 1985 e 2015, em circunstâncias opostas, considerados os tipos de parto e os locais onde aconteceram: uma teve parto domiciliar, com parteira, no interior de Sergipe; a outra, em 2015, agendou o nascimento do filho, que veio ao mundo em hospital particular, com dois obstetras, em parto cirúrgico. Ambas, tanto Valdice quanto Valda, guardam boas memórias de suas experiências, embora a morte rondasse os partos domiciliares, em Mesinha, Nossa Senhora da Glória. Muito mudou entre 1985 e 2023, quando, no mesmo local, segundo Valda, não há mais parteiras exercendo o ofício e as mulheres recorrem diretamente ao hospital para que seus filhos nasçam.

No geral, tais mudanças, ao longo do tempo, deslocaram a mulher, parturiente e todas as demais mulheres que formavam a rede de saberes femininos para uma posição passiva, ocupando o lugar de coadjuvante em seu próprio processo; ou de paciente, dentro da lógica hospitalar, sendo tratadas como pessoas doentes, que padecem de cuidados e de fármacos que curam a dor e o sofrimento, aceleram as contrações; ou para a retirada dos filhos de seus ventres, em partos cirúrgicos.

Foi a partir dos movimentos pela humanização do parto, conforme já foi mencionado, que muitos procedimentos e instrumentos que estavam sendo utilizados indiscriminadamente nos hospitais, como fórceps, episiotomia, entre outros, passaram a ser criticados e revisitados, assim como retomadas práticas não farmacológicas para amenizar dores, como as massagens com rebozo, com ervas, exercícios físicos e respiratórios, além de campanhas públicas para estimular a realização de partos normais e naturais nas maternidades e hospitais.

A dor, vista como uma construção social, deve ser pensada entre as mulheres, para que tenham consciência de que é possível uma escolha em relação ao tipo de parto que se deseja e esta não deve ser pautada no sofrimento e na dor que não se deseja sentir. Se os partos contemporâneos em nossa sociedade rechaçam a dor física, em muitas outras, como no Bênin, sentir dor ao parir se traduz como uma marca identitária.

Em suma, é relevante chamar a atenção para o poder feminino em relação ao seu próprio corpo, assim como para a tomada de decisão quanto ao lugar que se deseja ocupar na cena de parto: uma protagonista ou uma paciente? É possível parir em ambiente hospitalar e dialogar com os profissionais da área médica, indicando os limites que devem ser obedecidos em relação ao seu corpo na administração de substâncias, na mesma medida em que os desejos da mulher devem ser atendidos no sentido de que esse momento, que é único, aconteça de forma tranquila, sem desrespeitos, com observância aos direitos mais gerais, aspectos que ficaram conhecidos dentro do movimento pelo parto humanizado.

Dentro desse movimento, que visa amenizar o poder da Biomedicina no interior do campo obstétrico, uma ferramenta que pode ser utilizada e disseminada pelas parturientes é o Plano de Parto, como forma de posicionamento pessoal, para o registro, mediante documento direcionado à instituição hospitalar, da maneira que o parto deve ser conduzido, considerando o espaço de flexibilidade das rotinas hospitalares: o tipo de parto de preferência, assim como a posição do corpo no período expulsivo, quem serão os acompanhantes a participar do ritual, a música que deve tocar no momento do nascimento, quais técnicas de massagem pretendem utilizar, etc.

O Plano de Parto retrata um momento novo na obstetrícia, onde as mulheres estão se impondo, se empoderando e se transformando em protagonistas do seu Parto. Esse cenário retratado nesta pesquisa, no contexto de Aracaju-SE, pode apontar um movimento de mudança em relação aos tipos de parto realizados em hospitais privados, provavelmente resultado do movimento e campanhas pela humanização dos partos no Brasil.

Não se pode perder de vista, entretanto, o Plano de Parto, enquanto espaço de voz destinado à parturiente ainda pode estar restrito a instituições

hospitalares privadas, uma vez que as instituições públicas atendem a uma grande quantidade de mulheres, o que pode restringir o tempo e o espaço destinado às particularidades pessoais e culturais, em cada processo. Somado a isso, é necessária a orientação e disseminação da melhor forma de elaboração do Plano de Parto, entre os profissionais do campo obstétrico para as parturientes, durante o período do acompanhamento pré-natal.

Em meio a tantas questões e reflexões acerca das cenas contemporâneas de parto, observadas principalmente a partir da História Oral, das memórias do parir das seis mulheres que deram vida a este texto, que possamos observar as bases culturais das diversas maneiras de gestação e de nascimento, em todas as sociedades e em todos os tempos, carregados de peculiaridades, pois são eventos fisiológicos moldados pelas questões socioculturais. E que as mulheres tenham o direito de escolher e decidir de que forma ocorrerá o seu processo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Murillo Bruno Braz et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. 117, p. 420-429, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200420&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Mar. 2021. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811706.

BEAUD, Stéphane, WEBER, Florence, 2007. Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos. Rio de Janeiro: ed. Vozes.

BOURDIEU, Pierre. AMADO, Janaína; FERREIRA, Marieta de Moraes (Org.). Usos e Abusos da História Oral. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998. Disponível em < https://historiacultural.mpbnet.com.br/pos-modernismo/>. Acesso em 24 Fev 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Sistema Único de Saúde. Legislação. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Rede Cegonha. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em 20 Mar 2021.

CARNEIRO, R. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo. Vivência: Revista de Antropologia, v. 1, n. 44, 24 abr. 2015. Disponível em https://www.periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/7020>. Acesso em 15 Mar 2021.

CARSON, Anna et al. (2017). A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers. *Sociology of Health & Illness*, 39/6, p. 816-831. Disponível em https://www.ncbi.nlm. nih.gov/pmc/articles/PMC5516245/ Acesso em 24 Fev 2022.

CORREA, Thiago Camargo; BRITO, Ivana. Estudo do comportamento cooperativo por Meio do dilema do prisioneiro. 2020.Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-28052020-190146/ >.

CRUZ, R. de S. B. L. C.; CAMINHA, M. de F. C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, *[S. l.]*, v. 18, n. 1, p. 87–94, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780. Acesso em: 21 maio. 2023.

DAVIS-FLOYD R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet. 2001 Nov;75 Suppl 1:S5-S23. PMID: 11742639.

_____ The Rituals of American Hospital Birth. In: _____ Conformity and Conflict: Readings in Cultural Antropology, 8th ed., David McCurdy, ed., Harper Collins, New York, 1994, p.323-340.

DIAS, Juliana de Freitas. O renascimento do parto: discurso e identidade. 2007. 248 f. Tese (Doutorado em Lingüística)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em < http://repositorio.unb.br/handle/10482/1449>. Acesso em Janeiro/2023.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência saúde coletiva 10. Setembro/2005. Disponível em https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019. Acesso em Dezembro/ 2022.

DUARTE, Camila Nogueira Bonfim; SOUZA, Luiz Gustavo Silva. Processos Identitários de um Grupo de Doulas: Atitudes sobre Gestantes e Médicos. Psico-USF, Campinas , v. 23, n. 4, p. 653-665, Dec. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712018000400007&lng=en&nrm=iso> Acesso em Mar. 2021.

DURKHEIM, Emile. As regras do método sociológico. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1995 – (Coleção Tópicos).

FERREIRA, Ouriques Luciane. Entre discursos e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública – tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2010. Disponível em https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/103269. Acesso em 10 Mar 2021.

FONSECA, Inara. Freitas, Rosana C. martinelli. RIL, Stephany. Movimento de Doulas no Brasil: trajetória das atrizes na construção de uma cultura de não violência obstétrica. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero (2017: Florianópolis, SC). Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero. Organização: Jair Zandoná, Ana Maria Veiga e Cláudia Nichnig. – Florianópolis: UFSC, 2018. ISSN 2179-510X. Disponível em < http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499436485_ARQUIVO_InaraFonseca_TextoCompleto_MM_FG.pdf>. Acesso em 15 de Março 2021.

FOUCAULT. Michel. História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

Halbwachs, Maurice. (1990). *A memória coletiva.* São Paulo: Vértice. Disponível em < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4005834/mod_resource/content/1/48811146-Maurice-Halbwachs-A-Memoria-Coletiva.pdf> Acesso em 24 Fev 2022.

INGOLD, T. Of string bags and birds' nests: skill and the construction of artefacts. In: INGOLD,T. *The perception of the environment*: essays on livelihood, dwelling and skill. London: Routledge, 2002. p. 349-361.

_____. "Bindings against boundaries: entanglements of life in an open world". Environment and Planning, 2008, vol. 40, pp. 1796-1810. Disponível em< https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.174&rep=rep1&type=pd> Acesso em Jan 2022.

_____Antropologia: para que serve? Tradução de Beatriz Silveira Castro Filgueiras. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2019 - (Coleção Antropologia).

Kopenawa, Albert, Bruce, Davi. A queda do céu: Palavras de um xamã yanomami / Davi Kopenawa e Bruce Albert ; tradução Beatriz Perrone-Moisés; prefácio de Eduardo Viveiros de Castro — 1ª ed. — São Paulo : Companhia das Letras, 2015. Disponível

em < https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4886744/mod_resource/content/1/A_QUEDA_DO_CEU.pdf> Acesso em Jan 2022.

KRENAK, Ailton. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. Disponível em < https://culturapolitica2018.files.wordpress.com/2019/09/ideias-para-adiar-o-fim-do-mundo.pdf>. Acesso em Jan 2022.

LE BRETON, David. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade. 6ª edição. Campinas, SP: Papirus, 2013.

LOPES, A.A.. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 46, n. 3, p. 285-288, sept. 2000 . Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302000000300015&lng=es&nrm=iso>. accedido en 23 marzo 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000300015.

MACHADO, Leticia Oening e TAQUETTE, Stella Regina. O uso do misoprostol na interrupção da gestação: revisão de estudos realizados no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 27, n. 08 [Acessado 14 Maio 2023] , pp. 3079-3090. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.03102022 https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.03102022EN>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.03102022.

MAUSS, M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2005.

MCCALLUM, Cecilia ; REIS, A. P. . Passagem solitária: Parto hospitalar como ritual, em Salvador, Bahia. Qualificando os números: Estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. 1ed.Belo Horizonte: ABEP; UFNFPA, 2009, v. 1, p. 205-231. Disponível em http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/viewFile/50/48. Acesso em Maio 2023.

MOLITERNO, Aline Cardoso Machado et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2013, v. 22, n. 2 [Acessado 25 Fevereiro 2022] , pp. 293-301. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004>. Epub 24 Jun 2013. ISSN 1980-265X. https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000200004. Acesso em Fev 2022.

Odent, Michel – O Camponês e a parteira: uma alternativa para à industrialização da agricultura e o parto / Michel Odent: tradução de Sarah Bauley: São Paulo: Ground, 2003.

O'DWYER, Eliane Cantarino. 2008. "O caso dos laudos: pesquisa aplicada ou exercício profissional da antropologia?". In: SILVA, Glaucia (Org.) Antropologia extramuros: novas responsabilidades sociais e políticas dos antropólogos. Brasília: Paralelo 15, pp. 75-85.

POLLAK, Michel. (1992). Memória e identidade social. Revista Estudos Históricos, v. 5, nº .10. Teoria e História, p. 200-215. Disponível em < https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/issue/view/276>. Acesso em 24 Fev 2022.

RAMINELLI, Adrieli Oliveira; GARCIA-CAIRASCO, Norberto. Modelos experimentais para o estudo do transtorno obsessivo compulsivo: perspectivas e limitações. 2021.Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17134/tde-10052021-142439/ >.

SARTI, Cynthia. Corpo e Doença no trânsito de saberes. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo , v. 25, n. 74, p. 77-90, out. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092010000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 mar. 2021. https://doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005.

SILVA, Vagner Gonçalves da. *O antropólogo e sua magia*. S. Paulo: Edusp, 2000.

SOUZA, Alex Sandro Rolland (org); AMORIM, Melania Maria Ramos; NORONHA NETO, Carlos. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? Femina: vol. 38 (5). 277-287. Maio/2010. Disponível em: < https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-546441> Acesso em Fev 2022.

TELO, F. C. A. (2019). Direitos reprodutivos e (des)colonização: notas preliminares sobre a colonialidade dos direitos reprodutivos. Cadernos De Gênero E Diversidade, 5(4), 199–218. https://doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29658.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev. Estud. Fem., Florianópolis , v. 10, n. 2, p. 483-492, July 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2021. https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016.

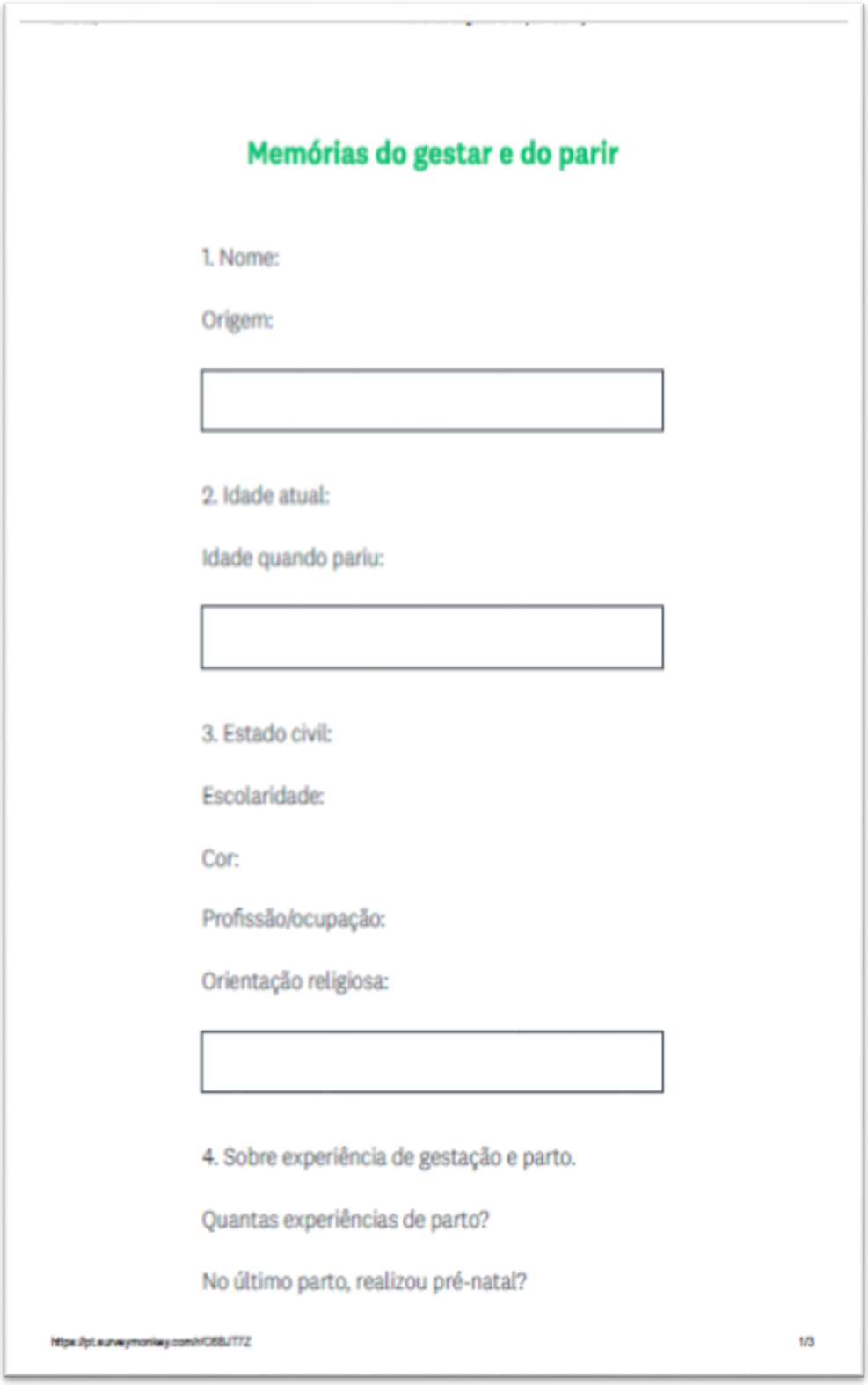
VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. 2002. “O nativo relativo Mana 8(1):113-148. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/mana/v8n1/9643.pdf> Acesso em Jan/ 2022.

WAGNER, Roy. A invenção da cultura. São Paulo: Cosac Naify, 2010. Disponível em <https://www.academia.edu/11756123/63845515- Wagner-Roy-A-Invencao-da-Cultura>. Acesso em Jan/ 2022.

Yamaguchi, Eduardo & Siaulys, Monica & Torres, Marcelo. (2015). Ocitocina em cesarianas. O que há de novo?. Brazilian Journal of Anesthesiology. 66. 10.1016/j.bjan.2014.11.005. Disponível em < https://www.researchgate.net/publication/284796925_Ocitocina_em_cesarianas_O_que_ha_de_novo> Acesso em Fev 2022.

ANEXO

Roteiro de perguntas pontuais nos encontros para registro das memórias



Memórias do gestar e do parir

1. Nome:

Origem:

2. Idade atual:

Idade quando pariu:

3. Estado civil:

Escolaridade:

Cor:

Profissão/ocupação:

Orientação religiosa:

4. Sobre experiência de gestação e parto.

Quantas experiências de parto?

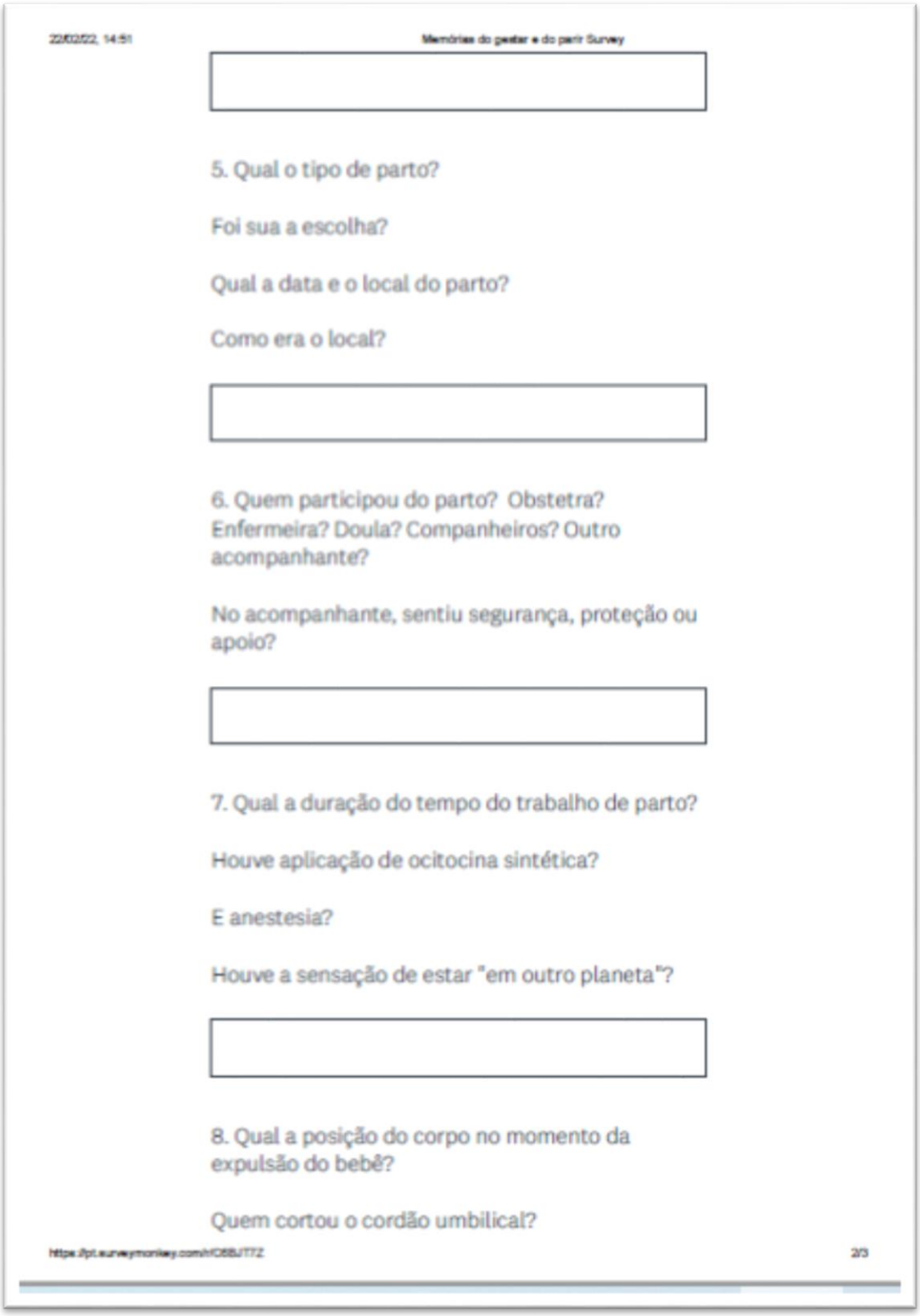
No último parto, realizou pré-natal?

https://pt.surveymonkey.com/r/C6BJT7Z

1/3

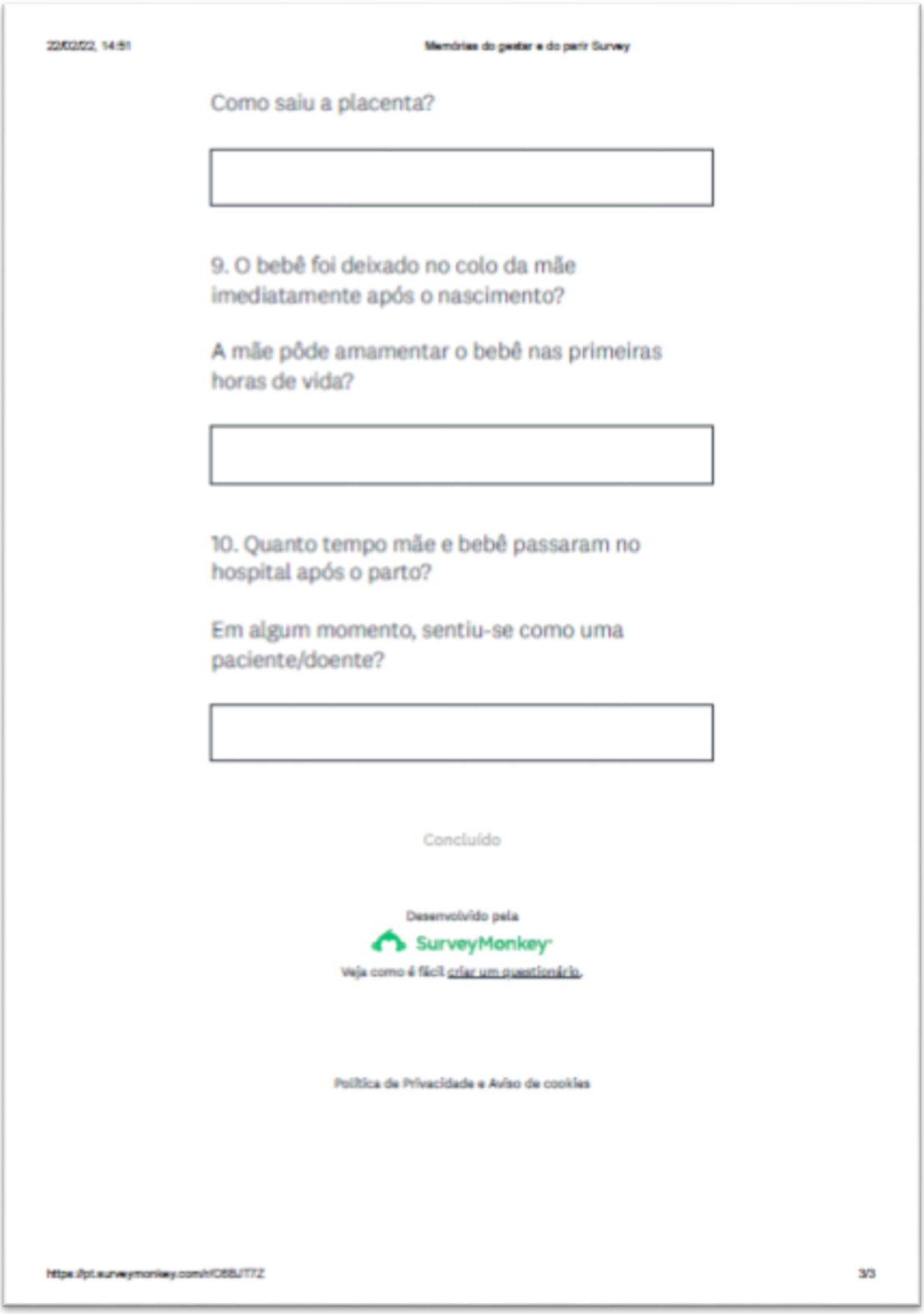
Fonte: Dejaina Dias, 2022

Continuação Anexo 1 - Roteiro – perguntas pontuais nos encontros para registro das memórias



Fonte: Dejaina Dias, 2022

Continuação Anexo 1 - Roteiro – perguntas pontuais nos encontros para registro das memórias



22/02/22, 14:51 Memórias do gestar e do parir Survey

Como saiu a placenta?

9. O bebê foi deixado no colo da mãe imediatamente após o nascimento?

A mãe pôde amamentar o bebê nas primeiras horas de vida?

10. Quanto tempo mãe e bebê passaram no hospital após o parto?

Em algum momento, sentiu-se como uma paciente/doente?

Concluído

Desenvolvido pela SurveyMonkey

Veja como é fácil criar um questionário.

Política de Privacidade e Aviso de cookies

https://pt.surveymonkey.com/r/C6BJTTZ 3/3

Fonte: Dejaina Dias, 2022