

1. Introdução

Em tempos de avanços na área biomédica que prometem a supressão de praticamente toda e qualquer dor, estando o controle das emoções disponível e à venda nas farmácias¹, um grupo de profissionais de saúde iniciou um movimento que defende a importância e os benefícios de um parto “natural” e “humanizado”, posicionando-se de maneira crítica em relação à medicalização realizada de rotina e em larga escala, como costuma ocorrer nas maternidades brasileiras.

O movimento pela “humanização” do parto e do nascimento, que teve início nos anos 1990 e incorporou outras propostas que lhe antecederam, ganhou nas últimas décadas grande número de adeptos, principalmente entre mulheres provenientes das camadas médias urbanas brasileiras, que passaram a buscar, por conta própria, profissionais de saúde afinados com essas práticas. De outra parte, mulheres de camadas populares, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), também começaram mais recentemente a ter acesso a serviços identificados como “humanizados”, em meio à criação de programas governamentais direcionados à disseminação dessa proposta no sistema público de saúde.

Partindo da premissa de que a categoria mulher comporta uma ampla diversidade e pluralidade, esse estudo filia-se a outros que, em décadas anteriores, procuraram ressaltar como a classe social, a raça, a orientação sexual, dentre outros marcadores analíticos, interferem de maneira significativa na forma como os sujeitos enxergam o mundo. Com isso em mente, chegou-se à hipótese de que a diferença de classe deveria se expressar e refletir, por exemplo, na experiência de parturição, sendo esta possivelmente vivenciada e significada de maneiras diversas por mulheres de diferentes camadas sociais. Nesse sentido, esse estudo segue os passos de outros que lhe antecederam – tais como aqueles elaborados por Martin (2006), Nelson (1983), Zadoroznyj (1999) e Tornquist (2003, 2004) – que, em diferentes contextos, se propuseram a realizar semelhante tarefa.

¹ Cf. matéria publicada pela revista Veja Rio: “No astral do Rivotril: indicado para tratar síndrome do pânico e fobias, o medicamento tarja preta é adotado por cariocas como panaceia para as tensões do dia a dia”. (Revista Veja Rio, 02/10/2013). Disponível em: <http://vejario.abril.com.br/edicao-da-semana/riscos-uso-banalizado-rivotril-cariocas-rj-755449.shtml> Último acesso em 19/02/14.

De maneira mais específica e objetiva, a presente pesquisa tratou de observar como mulheres provenientes de diferentes camadas sociais, tomando a cidade do Rio de Janeiro como pano de fundo, recebiam e atualizavam a proposta de parto “natural” e “humanizado”.

Com esse propósito, foram investigados dois grupos: o primeiro era composto por mulheres, majoritariamente brancas, de camadas médias, que frequentavam um curso de preparação para o parto, oferecido em um instituto particular na Zona Sul, área nobre da cidade. Esse curso é ministrado por uma doula² – referida nesse estudo como Flora³ –, que também é ativista do movimento pela “humanização”. Conveniadas a planos de saúde, as mulheres que compunham esse grupo, de maneira geral, abriram mão desse recurso e foram assistidas por obstetras particulares que se identificavam como “humanizados”.

O segundo grupo investigado era formado por mulheres, principalmente negras e pardas, provenientes de camadas populares, que faziam acompanhamento pré-natal e participavam de grupos educativos de preparação para o parto em uma casa de parto pública (CP). Esta é reconhecida como modelo de assistência “humanizada” pelos ativistas e se localiza na Zona Oeste, em um bairro pouco valorizado da cidade. Nessa unidade de saúde toda a assistência ao pré-natal, parto e puerperio é prestada exclusivamente por enfermeiras obstetras⁴, o que, como se verá no próximo capítulo, é uma das bandeiras do movimento pela “humanização”.

A investigação incluiu pesquisas de campo nos dois locais e entrevistas semi-estruturadas com 37 gestantes e puerperas, entre primíparas e multíparas,

² De acordo com o livro “A doula no Parto”, trata-se de “mulher treinada e com experiência em nascimentos, que provê suporte físico, emocional e informacional à mulher e sua família durante o trabalho de parto, parto e pós-parto” (Fadyinha, 2003: 09). Seu papel costuma ser o de ajudar a parturiente a encontrar posições mais confortáveis, mostrar formas eficientes de respiração, assim como propor métodos não farmacológicos para auxílio no alívio da dor, como banhos, massagens, técnicas de relaxamento, etc. O lugar dessa profissional na cena da “humanização” será explorado no capítulo 4.

³ Todos os nomes mencionados nessa pesquisa foram substituídos por outros, de modo a preservar o anonimato dos sujeitos que participaram do estudo.

⁴ Como a categoria das enfermeiras obstetras é composta majoritariamente por mulheres – o que se reflete na equipe que trabalha na casa de parto –, ao longo da pesquisa, sempre que fizer referência a ela utilizarei o gênero feminino. No caso dos médicos, pelo mesmo motivo, será utilizado o gênero masculino. É certo que trata-se de uma generalização, mas que encontra fundamento na observação de que essas profissões parecem ser, de fato, generificadas.

realizadas nos anos de 2011 e 2012. Das 37 mulheres entrevistadas, 12 pertenciam ao grupo que fazia aulas de preparação para o parto na Zona Sul e 25 estavam vinculadas ao pré-natal da casa de parto, na Zona Oeste da cidade. Ainda que não tenha sido o foco do trabalho, também foram entrevistados profissionais da área de saúde, mais especificamente um obstetra “humanizado”, uma enfermeira obstetra e uma doula – especialidades que, como se verá ao longo dessa tese, estão diretamente envolvidas no projeto de “humanização” do parto e do nascimento.

Sobre as escolhas e o campo

A escolha do tema dessa pesquisa, como toda escolha, tem uma história. Há muito tempo conheci Flora, que há mais de 30 anos dá aulas de preparação para o parto em um instituto, coordenado por ela, na Zona Sul do Rio de Janeiro. Nosso contato se deu por intermédio de minha irmã, que, no início dos anos 2000, deu à luz em um parto “natural” e “humanizado”, no qual Flora participou como doula. A experiência de parto de minha irmã foi muito positiva e a atuação de Flora foi por ela considerada fundamental para que desse à luz da forma como escolhera. Não por acaso, pouco tempo depois minha irmã decidiu tornar-se doula. Ela fez um curso de formação com Flora e, em parceria com ela, participou da fundação da Associação Nacional de Doulas (Ando) e de um programa de doulas voluntárias na Maternidade Leila Diniz, impulsionado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ). Alguns anos depois, minha irmã mudou-se para os EUA, onde também tem trabalhado como doula, mas desde aquela época elas praticamente perderam o contato.

Logo que decidi pesquisar o tema da “humanização”, a partir de um interesse mais amplo sobre a temática do corpo – já presente de alguma maneira em minha dissertação de mestrado –, foi à Flora quem imediatamente me ocorreu procurar. Para minha sorte ela continuava à frente do instituto, onde minha irmã fizera aulas de yoga, e não foi difícil localizá-la. Apesar de nosso contato prévio, notei uma certa relutância da parte de Flora em franquear acesso ao instituto, para que eu pudesse realizar a pesquisa de campo. Ela justificara sua postura lamentando a falta de retorno por parte dos pesquisadores, que colhiam dados, mas não compartilhavam seus resultados. “Eles vêm aqui depois nunca mais aparecem”, reclamou. Mas, além dessa explicação, não descarto também a

possibilidade de que, devido ao fato de a “humanização” ser um tema que divide opiniões, Flora talvez estivesse não muito segura quanto aos meus posicionamentos sobre o ideário. A meu favor, contudo, pesava o fato de tratar-se de uma pesquisa em Antropologia, área de formação de algumas importantes ativistas internacionais que colaboram com o movimento pela humanização no Brasil, como a americana Robbie Davis-Floyd e a mexicana Naolí Vinaver.

De maneira um tanto tímida, dei início à investigação assistindo às palestras organizadas a cada duas semanas no instituto e ministradas por profissionais “humanizados” a um público composto, fundamentalmente, por gestantes que faziam aulas de yoga ali e seus parceiros. Até então esse era o espaço que a mim havia sido reservado enquanto pesquisadora. Com o passar do tempo, porém, as palestras começaram a tornar-se um tanto repetitivas, pois havia um número reduzido de profissionais e, de tempos em tempos, eles acabavam retornando. Como as grávidas que freqüentam as palestras o fazem por um período limitado, isto é, pelo tempo da gestação, elas não chegam a se deparar com esse problema. Mas eu já começava a perceber que, para as necessidades da pesquisa, aquele campo seria insuficiente.

A ida a um congresso sobre “humanização” em Brasília, em 2011, me permitiu estabelecer novos contatos e ampliar minha rede. Na volta, a convite de uma pessoa que conhecia ali, passei a freqüentar algumas reuniões de um grupo de apoio à gestação e ao parto “humanizado”. Liderado por mulheres mais jovens, com idades entre 30 e 40 anos – em sua maioria doulas e educadoras perinatais, mas também por uma enfermeira obstetra –, o grupo se reúne a cada duas semanas na Zona Sul do Rio de Janeiro.

De imediato notei uma diferença importante em relação ao grupo coordenado por Flora. Ali parecia haver uma menor ênfase no que se refere à atuação do pai do bebê no parto, em comparação com o que eu já tinha observado no instituto, onde, por exemplo, havia futuros pais fazendo aulas de yoga para gestantes. Naquele grupo, o parto era descrito como da mulher e inclusive no vídeo exibido por uma de suas coordenadoras, sobre o parto recentemente por ela vivido, as imagens explicitavam esse posicionamento. Tratava-se de um parto domiciliar e seu marido praticamente não aparecia nas imagens. Era a parturiente,

com suas sensações e expressões, que ocupava quase que solitária o centro da tela, sendo eventualmente confortada pela enfermeira obstetra que lhe prestava assistência no momento e que também integrava o grupo.

Pouco tempo depois, uma notícia parecia que mudaria os rumos da pesquisa: eu estava grávida. Assisti a uma palestra no instituto, ocasião em que compartilhei a notícia com Flora e com algumas alunas do curso, e logo notei um outro interesse nessa nova condição de pesquisadora/gestante. No entanto, antes que me matriculasse no curso – o que faria por interesse não só investigativo, mas também pessoal –, descobri que a gestação não havia seguido adiante. Tive um aborto espontâneo logo nas primeiras semanas e o feto ficara retido, o que me levou a fazer um procedimento – denominado curetagem – para sua retirada. Dei a notícia à Flora quando nos encontramos em um evento público de apoio à amamentação e, por algum tempo, não retornei ao instituto.

Na época, fiz uma visita à casa de parto (CP), lugar que havia sido sugerido pela própria Flora, quando pedi que me indicasse onde, no sistema público, as mulheres poderiam dar à luz de forma “humanizada”. A ida à CP só veio a confirmar que a proposta de fazer um estudo comparativo enriqueceria muito a tese. De imediato, notei que as mulheres atendidas ali tinham um perfil bastante diferente daquele observado entre as gestantes da Zona Sul: eram bem mais jovens e, muitas delas, negras e pardas. Assim, resolvi focar nos trâmites necessários para realizar a pesquisa de campo ali.

De fato, por ser a CP uma instituição pública, tive que elaborar e submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Prefeitura, o que me tomou algum tempo. Entre idas e vindas, motivadas principalmente pela falta de compreensão sobre o método de pesquisa antropológico, após cerca de quatro meses o projeto foi aceito e, finalmente, dei início à investigação.

Sobre o campo, é interessante destacar a surpresa das gestantes por eu considerar que o trabalho desenvolvido na CP e elas próprias pudessem despertar algum interesse de pesquisa, e, em especial, pelo fato de vir de tão longe para isso, uma vez que moro na Zona Sul da cidade. Com efeito, minha presença algumas

vezes foi enfatizada pelos profissionais, aparentemente como uma tentativa de fazer com que as usuárias valorizassem a proposta a qual estavam tendo acesso.

Do ponto de vista da equipe também houve um certo estranhamento, não pelo interesse em investigar o local, o que consideravam legítimo, mas por eu não ser da área de Saúde. Minha abordagem e enfoque foram algumas vezes questionados e debatidos na hora do almoço, momento em que compartilhava a mesa com enfermeiras, técnicas e residentes. Essas ocasiões foram muito importantes para consolidar a relação com esses profissionais, bem como para obter uma série de informações por meio de conversas informais.

Como se verá ao longo da tese, a casa de parto é uma unidade de saúde autônoma, isto é, que não está fisicamente vinculada a um hospital. Esse dado, somado ao fato de que o trabalho realizado ali é conduzido exclusivamente por enfermeiras obstetras, faz com que a CP esteja constantemente na “mira” do Conselho Regional de Medicina (Cremerj), parte de uma disputa mais ampla por campos de atuação. Antes mesmo da CP dar início às suas atividades, em 2004, o Cremerj já havia entrado na justiça para tentar impedir sua abertura, o que gerou uma grande mobilização popular. Segundo avaliação de lideranças do movimento pela “humanização” do parto e do nascimento (Rattner, 2010), Flora assumiu um papel chave nesse momento, tendo sua atuação sido considerada fundamental para garantir a abertura da CP.

Em 2009, em mais um revés, a CP teve suas atividades interrompidas, a despeito dos resultados de excelência oferecidos pelo serviço. Até aquele momento tinham sido realizados 1.350 partos, sem nenhum óbito materno registrado e duas mortes de bebês, o que configura um índice de 1,48 por mil nascidos vivos, inferior aos menores índices de mortalidade infantil, registrados em países da Escandinávia e da Ásia Oriental. O fechamento foi determinado após uma inspeção da Vigilância Sanitária Estadual detectar “falta de condições sanitárias”. O local foi reaberto 10 dias depois, em meio à intensa mobilização popular, tendo um abaixo-assinado reunido, em poucos dias, mais de 10 mil assinaturas.

Esse episódio e o constante monitoramento por parte do Cremerj – que recebe cópia de todos os prontuários das mulheres que são transferidas da casa de parto para o hospital de referência – geram um clima de tensão entre os profissionais, que temem que qualquer pequeno deslize possa comprometer o funcionamento do local. Diante desse fato, desde o início do trabalho de campo me sentia na obrigação de dar mais informações sobre a pesquisa, ainda que estivesse em um momento inicial e com muito mais perguntas do que respostas. No entanto, é preciso reconhecer que, apesar do estranhamento em relação ao enfoque antropológico e da pressão exercida pelo Cremerj, a diretora sempre franqueou-me acesso a todos os ambientes da casa de parto, sem fazer qualquer tipo de restrição.

Alguns meses depois de iniciada a investigação na CP, engravidei novamente. Encarei a gestação como uma possibilidade de investir profundamente na pesquisa de campo, tanto por essa condição me proporcionar uma inserção outrora inimaginável, quanto por um motivo bastante prático: depois do nascimento eu teria menos disponibilidade para isso, em especial nos meses subsequentes.

A barriga, que logo apareceu, gerava uma identificação imediata com as mulheres entrevistadas, que se mostravam muito mais abertas e interessadas em compartilhar comigo suas vivências. Algumas vezes recebi conselhos e dicas e minha (futura) experiência de parto era também motivo de interesse: “Você vai ter aqui?”, costumavam me indagar as mulheres da CP. Problemas de saúde que detectei logo no início da gestação e a distância da minha casa eram as justificativas que eu lhes apresentava. Mas havia ainda duas outras que eu omitia: a obrigação, caso houvesse alguma complicação durante o trabalho de parto, de ir para a maternidade de referência – sobre a qual tantas críticas ouvi das entrevistadas – e o fato de doulas profissionais não poderem atuar na CP. A justificativa apresentada pelas enfermeiras obstetras que lá atuam é de que, por tratar-se de uma unidade pública de saúde, os serviços prestados naquele ambiente não podem ser cobrados. Além disso, prevalece o entendimento de que o trabalho da enfermeira inclui o da doula, em especial em uma unidade como a CP, em que, por suas pequenas dimensões, a enfermeira pode prestar um atendimento

exclusivo. Por fim, sugere-se que o acompanhante, geralmente escolhido pela parturiente entre membros da família, pode ocupar esse lugar.

Na realidade, a impossibilidade de doulas atuarem na casa de parto indica um outro ponto de tensão e de disputa em torno de campos de atuação: não só entre médicos e enfermeiras, mas também entre enfermeiras e doulas, o que aponta para os diversos conflitos que permeiam o movimento pela “humanização” – nem todos eles explorados nessa tese, já que esse não era propriamente seu foco.

Em paralelo à pesquisa de campo na casa de parto, matriculei-me no curso de yoga para gestantes oferecido por Flora, sendo muito bem-recebida por ela. De fato, com a gravidez as possibilidades de investigação ali expandiram-se exponencialmente e acabei desistindo de pesquisar de maneira mais sistemática o outro grupo de apoio à gestação e ao parto na Zona Sul, ainda que eventualmente frequentasse uma ou outra reunião. Na condição de gestante/pesquisadora assistia com um duplo interesse as aulas de preparação para o parto, os relatos de casais sobre suas experiências, as palestras de profissionais “humanizados” e os filmes exibidos. Eu me via compartilhando das mesmas dúvidas, anseios e questionamentos que as mulheres do grupo, fazendo escolhas semelhantes para meu próprio parto “natural” e “humanizado”. A dificuldade a partir de então não era mais a de ter acesso ao campo, mas a de tentar construir algum distanciamento, ainda que sempre limitado e provisório, que me permitisse refletir sobre o observado/sentido/vivido⁵.

O resultado desse esforço encontra-se nas páginas a seguir. Dando início à empreitada, o capítulo 2 buscou apresentar a concepção moderna de corpo, que serve de inspiração ao modelo biomédico atual. Essa concepção é descrita, seguindo as reflexões de Le Breton (2011), como resultado do advento do individualismo ocidental, da emergência de um pensamento racional positivo e laico sobre a natureza e da institucionalização do saber médico, que adotou o dualismo metodológico instituído por Descartes como inspiração para a prática médica. O corpo passou a ser visto simplesmente como receptáculo da doença

⁵ Em alguns momentos, em especial no capítulo 4, utilizei as notas de rodapé para manifestar minhas impressões e observações enquanto gestante e parturiente que se propôs a vivenciar a experiência de parto “natural” e “humanizado”.

(Leder, 1992), isto é, como se tivesse autonomia em relação ao sujeito que encarna. Como bem observa Le Breton (2011), essa visão trouxe resultados positivos em termos de eficácia, mas também expôs limites e distorções da prática médica. Tais distorções foram justamente o que motivaram alguns profissionais de saúde a se reunir para criar um movimento, denominado de “humanização”, que se propõe a romper com o que seriam os “excessos” do modelo biomédico hegemônico, quais sejam: a despersonalização do corpo, a perda de autonomia e individualidade do paciente, a assimetria e distanciamento na relação entre profissional de saúde e paciente, dentre outros.

Ainda nesse capítulo, buscou-se apresentar as diversas influências que nortearam a construção desse ideário, como o feminismo, a Medicina Baseada em Evidências e os movimentos libertários surgidos na década de 1960, dentre eles o de contracultura e a Nova Era. Também serviram de inspiração outras propostas obstétricas críticas ao modelo biomédico hegemônico, em especial aquelas divulgadas na década de 1970 e que tiveram como principais porta-vozes os médicos franceses Frédéric Leboyer e Michel Odent, este último até hoje ativo, com uma vasta produção sobre o tema. Como se procurou apontar, as teses de Odent têm grande aceitação e influência entre os adeptos do ideário no Brasil.

Por fim, abordou-se a realidade obstétrica atual no país, apresentando como mulheres de diferentes classes sociais são expostas a modelos diversos de assistência, os quais geram insatisfações particulares. Tais insatisfações aparentemente contribuíram para que uma parcela das mulheres, tanto de camadas populares quanto médias, se tornasse aberta à proposta de parto “natural” e/ou “humanizado”, que inicialmente disseminou-se nos segmentos médios, mas que, em um segundo momento, passou a ser incorporada ao sistema público de saúde, como resultado de iniciativas governamentais.

No capítulo 3, o foco foi a pesquisa desenvolvida na casa de parto junto às mulheres provenientes de camadas populares. Em um primeiro momento, procurou-se apresentar as especificidades do serviço e o projeto de construção de uma “nova mulher”, com o qual os profissionais dessa unidade de saúde estão comprometidos. O projeto é transmitido principalmente através dos chamados “grupos educativos”, cuja assistência é obrigatória para as gestantes durante o pré-

natal. Em seguida, buscou-se apresentar as motivações das mulheres para darem à luz na casa de parto, o que evidenciou que, naquele contexto, o que mais se valoriza não é propriamente a desmedicalização, mas a qualidade da relação com o profissional de saúde e a possibilidade de ser tratada como “pessoa” (DaMatta, 1991), aparentemente inexistente nas maternidades públicas.

A temática da família, que apareceu de maneira bastante evidente no campo, também foi abordada, procurando-se apresentar as especificidades das relações familiares nas camadas populares. Estas acabam por tornar coletivas as decisões relativas ao parto, em conflito com a proposta de individualização, inerente ao projeto de construção de uma “nova mulher” – parte de um projeto mais amplo de “cidadanização” –, impulsionado pela CP.

Por fim, procurou-se tratar mais especificamente como as mulheres de camadas populares ali atendidas vivenciam e significam a experiência de parturição, na qual se insere de forma bastante marcante a temática da dor. De maneira geral, naquele contexto o “parto bom é o parto rápido”, isto é, aquele no qual a parturiente consegue livrar-se o quanto antes da dor desencadeada pelas contrações uterinas. Para algumas, o fato de darem à luz sem “ajuda”, maneira como classificam os procedimentos de rotina realizados nas maternidades públicas, gera uma sensação de independência, com a qual parecem estar pouco acostumadas a lidar. A experiência de individualização, no entanto, é vivida como passageira e transitória. Nesse sentido, o que prevalece são os elos que conectam a mulher à família, os quais são atualizados em meio à dívida de gratidão que o parto representa, uma vez que este é percebido como um “sacrifício” feito pela mãe em nome do filho.

No capítulo 4, o foco direcionou-se ao outro grupo investigado, isto é, àquele composto majoritariamente por mulheres de camadas médias que frequentavam um curso de preparação para o parto “natural” e “humanizado”, na Zona Sul do Rio de Janeiro. Inicialmente, procurou-se apresentar o ideário da forma como ele é transmitido às gestantes em meio às aulas do curso, o qual busca instrumentalizar as mulheres a negociarem com seus obstetras os rumos de seus partos. Não por acaso, as intervenções médicas, seus usos e indicações, acabam consumindo boa parte das aulas teóricas sobre parto. Por outro lado, tais

intervenções podem ser bastante relativizadas quando seu uso é objeto de avaliação a partir de experiências concretas. Além disso, também foi possível notar a transmissão de toda uma pedagogia sobre como parir “naturalmente” (Tornquist, 2004, Carneiro, 2011), que orienta de maneira minuciosa para o que seriam, sucintamente, as duas etapas do trabalho de parto, quais sejam: a preparação e a “entrega”. A equipe, especialmente representada na figura do médico obstetra, é considerada fundamental, uma vez que será ela a garantir a “proteção” da parturiente no ambiente da maternidade – onde a maioria das mulheres do grupo investigado dá à luz. Este ambiente é considerado, em princípio, hostil e pouco adequado à proposta, o que faz com que o parto domiciliar desponte para muitas como uma meta a ser atingida, revelando um desejo de aprimoramento da experiência.

Em seguida, se procurou apresentar quem são essas mulheres e suas motivações para vivenciar um parto “natural” e “humanizado”. Enquanto a maioria só tomou contato com a proposta durante a gravidez, vindo a trocar de médico por diversas vezes ao longo da gestação, algumas a planejaram por dois ou três anos, juntamente com o projeto de ter filhos. Em comum, é possível dizer que todas tiveram que lidar com o estranhamento gerado em seu meio social pela decisão de, em princípio, não tomar medicação para alívio da dor durante o parto, em meio à disseminação e grande aceitação desse recurso nos segmentos médios.

No que se refere à família, enquanto no grupo de camadas populares as decisões relativas ao parto são, muitas vezes, tomadas coletivamente, entre as mulheres de camadas médias estas são percebidas como devendo idealmente ser tomadas pelo casal, isto é, pela família nuclear, mas, em última instância, cabendo à própria mulher, o que rompe com a ideia de “casal grávido”. Neste fenômeno, que emergiu nos anos 1980 nos centros metropolitanos brasileiros, gravidez e parto eram vistos como experiências a serem necessariamente compartilhadas a dois, como revela o estudo de Salem (2007), que serviu de importante referência para essa pesquisa.

Sobre o parto propriamente, tema com o qual este capítulo se encerra, procurou-se mostrar como a dor é ressignificada nesse contexto, sendo vivida pela maioria como fonte de curiosidade e percebida como um desafio. A palavra “dor”

é inclusive evitada pelas mulheres, que estão interessadas em vivenciar o processo, isto é, o trabalho de parto como um todo e não apenas o parto ou o nascimento do bebê. Elas desejam sentir as sensações, inéditas e desconhecidas, desencadeadas pelo corpo-em-trabalho-de-parto, por algumas valorizadas enquanto importante fonte de autoconhecimento e aprimoramento de si.

Quando a dor provocada pelas contrações se torna muito intensa e frequente, algumas referem ter experimentado um “estado alterado de consciência”, ou, para fazer uso da expressão nativa, dizem ter “ido à partolândia”. Nessas condições, segundo elas, o corpo assumiria o comando, sobrepondo-se à mente e à razão. Após voltarem a si, findo o trabalho de parto, a sensação seria a de terem se transformado em “supermulheres”, detentoras de uma força que desconheciam. No entanto, como um efeito colateral da proposta, para aquelas que não conseguem vivenciar o parto da forma idealizada, resta a frustração, deflagrando a existência de um modelo que, se por um lado “empodera” as que a ele se adequam, por outro, fragiliza as que, por ventura, não têm a mesma sorte.