3. Casa de parto pública na Zona Oeste

A casa de parto (CP) onde foi realizada parte da pesquisa que resultou nessa tese é uma instituição pública reconhecida pela ReHuNa como modelo de “humanização”⁵⁶. A CP foi inaugurada em 2004 (não por coincidência no Dia Internacional da Mulher), época em que o grupo de feministas que também reinaugurou a Maternidade Leila Diniz, 10 anos antes, esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).

Localizada na Zona Oeste da cidade, a CP qualifica-se como um Centro de Parto Normal (CPN) autônomo, isto é, que não está fisicamente vinculado a um hospital ou maternidade, e define-se como uma instituição de saúde primária, que atende apenas gestantes de “baixo risco”. O local é gerido exclusivamente por enfermeiras obstetras, que prestam assistência durante o pré-natal, parto e pós-parto, dentro do âmbito de suas competências, sendo o único estabelecimento desse tipo no município. Como em outras casas de parto no Brasil e no mundo, a infra-estrutura da CP é montada para atender casos de menor complexidade e faz parte de sua proposta incentivar a presença da família, buscando enfatizar a “normalidade” do evento.

A CP integra o conjunto do sistema de saúde, contando, para os casos que apresentam complicações, com os serviços de um hospital de referência, para o qual o deslocamento em ambulância leva cerca de oito minutos. No local são realizados, em média, 250 partos ao ano, e são atendidas principalmente mulheres da região e de bairros vizinhos. Para dar à luz ali, as gestantes devem estar vinculadas ao pré-natal e participar regularmente de oficinas, também chamadas de “grupos educativos”, durante as quais são apresentadas à proposta de parto “natural” “humanizado”.

⁵⁶ Em artigo (Rattner et al., 2010), membros da ReHuNa classificam a implantação da CP, em 2004, como um dos primeiros “projetos concretos de humanização” e um “modelo para atenção em Centros de Parto Normal (CPN) extra-hospitalares do país”.

3.1. A “casa”

Cheguei à CP por indicação da doula Flora, que havia me dito durante a primeira entrevista realizada para a pesquisa que “ali era o melhor lugar para se ter filho no Rio de Janeiro”. Após um contato telefônico, deixei a Zona Sul da cidade e me desloquei em direção à Zona Oeste para conhecer o trabalho desenvolvido na casa de parto.

Na primeira visita, fui recebida pela coordenadora do lugar e logo percebi que, no dia-a-dia, “casa” é a forma como os que trabalham ali e as mulheres que fazem o pré-natal a chamam. E, de fato, parece tratar-se de uma casa. Sem cheiro de hospital, mobiliário de ferro ou profissionais vestidos de branco. E isso é algo intencional, me diria mais tarde Eugênia, a coordenadora. O objetivo era construir um ambiente que em nada remetesse a maternidades e hospitais. Em comum com aqueles lugares, apenas as muitas barrigas que ocupam diariamente a sala de espera. Aliás, as diferenças já podem ser notadas ali mesmo: paredes cor de rosa, cadeiras de balanço (para adultos e crianças), sofás cobertos com almofadas coloridas. Todo o mobiliário é de vime, inclusive a estante, que comporta, além da televisão, porta-retratos com fotos de bebês nascidos na “casa”.

Como é possível observar, a CP aparentemente representa uma tentativa de reporoduzir, no espaço público, um ambiente que evoca o espaço doméstico. Isso significa uma ruptura com o próprio entendimento e significado comumente atribuído ao parto em nossa sociedade, na medida em que este deixa de ser encarado como um evento de risco, que deve ser circunscrito ao ambiente hospitalar, para ser tratado como um evento de saúde e que, em princípio, não requer uma intervenção medicalizada, podendo ser plena e eficazmente realizado em contexto não hospitalar. De maneira geral, é possível dizer que a CP busca ocupar o espaço que estaria no “meio do caminho” entre um parto hospitalar e aquele que tem lugar no domicílio da parturiente. Isto é, ao mesmo tempo em que dispõe de profissionais e de uma infra-estrutura básica de assistência a eventuais situações de risco, busca agregar referências da casa, remetendo a um ambiente de aconchego e personalidade, por oposição à formalidade e frieza comumente associada ao ambiente hospitalar.

3.1.1. O Acolhimento

Quando chegam ali pela primeira vez, as gestantes que pretendem ingressar no pré-natal preenchem uma ficha com a secretária, que agenda um horário no chamado encontro de Acolhimento. Elas devem retornar nesse dia junto com um acompanhante, presença estimulada em todas as consultas e também no parto.

O encontro de Acolhimento acontece duas vezes por semana, de manhã cedo, e busca apresentar a proposta do lugar às gestantes recém-chegadas. Quando adentram a sala, as mulheres devem tirar os calçados e se sentar nos colchões que margeiam as paredes, recostando-se em grandes almofadas, com cores vibrantes, que dão um ar lúdico ao ambiente. Esta sala será um lugar muito freqüentado por elas ao longo do pré-natal.

Assisti algumas vezes ao encontro de Acolhimento, que geralmente é conduzido pela diretora ou pela coordenadora da “casa”, ambas enfermeiras obstetras.

Pelo que pude notar, normalmente há uma narrativa que acompanha essa apresentação, que inicia recordando as mulheres de que, no passado, o parto acontecia em casa com “parteiras”.

“Eram mulheres apenas”, disse Lúcia, diretora da casa de parto, no encontro do dia 28 de junho de 2011⁵⁷. Seu comentário parecia ter o intuito de situar a enfermeira obstetra como a sucessora da “parteira” tradicional – uma referência não tão distante no contexto das classes populares –, valendo-se do fato de que na área de enfermagem há uma predominância massiva de mulheres, o que se reflete também na equipe que integra a casa de parto⁵⁸.

“Vocês vão dizer: Ah, mas muitos bebês morriam... Mas quais morriam? Os que hoje seriam classificados como de alto risco”, argumentou Lúcia. Esse

⁵⁷ Nesse dia estavam presentes: cinco casais, uma adolescente acompanhada da mãe, uma gestante acompanhada do filho pequeno (que nasceu na “casa”), outra que veio com a cunhada e uma que estava sozinha. Ao todo, nove gestantes participaram do encontro nessa ocasião.

⁵⁸ Na casa de parto há apenas dois enfermeiros obstetras do sexo masculino, de um total de 18 profissionais com essa formação.

dado costuma ser bastante enfatizado nesses encontros, pois, como se verá adiante, a CP conta com um rígido protocolo para definir as mulheres que estão ou não aptas a darem à luz ali.

Naquele dia, Lúcia continuou sua apresentação abordando o processo de transferência dos partos para o hospital e enumerou algumas das práticas que passaram a acompanhar o nascimento por ocasião de sua incorporação ao novo ambiente: “Como é o parto no hospital? Com lavagem intestinal, raspagem dos pêlos, jejum, não pode andar... tudo diferente do que acontecia no parto em casa, com a parteira”.

Pouco a pouco, Lúcia tentava mostrar às gestantes presentes que a proposta de parto “da casa” encontrava mais semelhanças com a do parto “em casa”, tradicionalmente acompanhado por “parteiras”, do que com aquela dos hospitais e maternidades. De maneira sucinta, é possível dizer que o parto “natural” e “humanizado” pode ser pensado como uma “técnica”, “como um ato tradicional eficaz” (Mauss, 2003), que foi esquecido e substituído por outros procedimentos, mas que a casa de parto busca atualizar, ao mesmo tempo em que também o recria, tendo como referente positivo a tradição representada pela “parteira”.

Assim, durante o encontro a diretora procurou valorizar o ambiente da casa de parto que, assim como o doméstico, seria, na sua descrição, “aconchegante” e “familiar”. Em seguida, buscando desconstruir a ideia de segurança geralmente associada aos hospitais por seus recursos tecnológicos, mas onde estariam ausentes os recursos humanos e afetivos, Lúcia afirmou que a ambientação da “casa” contribuiria para deixar a parturiente “segura” para dar à luz.

Durante a exposição daquela manhã a diretora sentou-se em um pufe baixo, na altura das demais mulheres, em sintonia com a filosofia da instituição de buscar reduzir as assimetrias entre os profissionais de saúde e a clientela, visando

a uma relação mais igualitária⁵⁹. De maneira geral, o referente contrastivo parece ser o lugar de saber-poder tradicionalmente ocupado pelos médicos, de quem as enfermeiras da CP claramente buscam diferenciar-se, seja no uso de roupas do cotidiano durante o atendimento – sem jalecos ou evitando fazer uso da cor branca –, seja na valorização da tradição representada pelas “parteiras”.

Naquela manhã, Lúcia deu continuidade à exposição mantendo o modelo de perguntas e respostas que acompanharia quase toda sua apresentação: “O que é intervenção?”, indagou, para responder ela própria em seguida: “É tudo aquilo que a gente faz atrapalhando a natureza”. Com efeito, a visão do parto como um evento “natural” e “fisiológico”, que idealmente deve sofrer o mínimo de interferência do profissional de saúde, é um aspecto central da proposta impulsionada pela casa de parto. O problema, segundo Lúcia, é que nos tempos atuais a vida ficou muito acelerada, repleta de demandas e obrigações, e o profissional quer que o parto termine logo porque tem outros afazeres a cumprir. “Ele faz isso sob o pretexto de ajudar a mulher”, afirmou.

O comentário de Lúcia, eu viria a compreender mais tarde, travava um diálogo implícito com a percepção corrente entre as mulheres naquele contexto de que o uso do hormônio ocitocina⁶⁰ e a prática da episiotomia⁶¹ – corriqueiros nas maternidades quando se trata de parto “normal”, mas evitados na “casa” – representam uma “ajuda” à mulher, na medida em que reduzem o tempo do trabalho de parto. No entanto, na visão da diretora e dos ativistas da “humanização” em geral, essas práticas de rotina representam uma interferência negativa no parto. Noutras palavras, as intervenções são percebidas como mais danosas do que benéficas ao trabalho de parto, que idealmente deveria transcorrer de forma “natural” ou “fisiológica”, sem qualquer medicamento ou incisão⁶².

⁵⁹ Isto se traduz inclusive na forma como, de maneira geral, é organizado o espaço físico na CP, não havendo, por exemplo, mesas separando paciente/enfermeira nas salas de consulta. Ambas sentam-se em um sofá e conversam de maneira informal.

⁶⁰ Hormônio produzido pelo corpo e que provoca as contrações uterinas. Na versão sintética, é usado para induzir ou acelerar o parto (Diniz e Duarte, 2004)

⁶¹ Corte realizado na entrada da vagina com o intuito de facilitar ou acelerar a saída do bebê (Diniz e Duarte, 2004).

⁶² É interessante destacar que, na casa de parto, as oficinas pouco abordam quais seriam os usos e indicações das intervenções, sendo o assunto pouco debatido ou questionado. O que as gestantes sabem sobre o assunto normalmente advém de experiências anteriores ou de informações obtidas junto a outras mulheres.

Em sintonia com essa visão, Lúcia acrescentou que o parto e a gravidez não deveriam ser tratados como doença, mas como eventos que fazem parte da vida. Ao longo da gestação “a vida continua normal, se trabalha, se estuda”, disse ela, aparentemente dirigindo-se às adolescentes, que costumam abandonar os estudos nesse período. Mas apesar de enfatizar a normalidade da experiência, a diretora fez questão de destacar que, tal como vivido na “casa”, o parto se constituiria, ao mesmo tempo, em um evento transformador. “Vocês vão sair daqui outra mulher. Vão se sentir e vão ser percebidas pelos outros assim: empoderadas. Vocês vão parir o filho de vocês!”, afirmou, colocando em evidência o papel “central” e “ativo” que ela esperava que as gestantes viessem a assumir durante o parto. Segundo Lúcia, as enfermeiras e os acompanhantes iriam apenas prestar apoio, pois o parto, em última instância, seria “da mulher”.

Na ocasião, Lúcia não chegou a se aprofundar na discussão, mas a idéia de um “parto ativo”⁶³ se constrói por oposição à postura percebida como “passiva” assumida pela parturiente no parto “normal” medicalizado. Nesse tipo de parto o profissional de saúde assume o papel central e conduz todo o processo. Assim, cabe a ele toda a iniciativa: determinar a temporalidade do parto (através do uso de ocitocina), fazer pressão na barriga da parturiente (a chamada “manobra de Kristeller”), cortar seu períneo para apressar a saída do feto (episiotomia) e, no caso das mulheres que tomam anestesia, muitas vezes é a ele que cabe informar quando a parturiente deve fazer força para expulsar o feto. Segundo essa visão, a posição de litotomia seria o paradigma da “passividade” feminina, uma vez que, deitada com a barriga para cima, a mulher não teria acesso, em seu campo de visão, ao que ocorre em seu próprio corpo. Ao contrário, tal posição expressa a de um corpo situado para o outro, facilitando a intervenção deste sobre o próprio corpo. De fato, afirmam os ativistas, a posição de litotomia teria sido adotada para facilitar a visualização do períneo pelo médico e seria considerada inclusive desfavorável para a parturiente, que dessa forma não tiraria proveito da gravidade.

⁶³ A expressão dá título a um livro muito lido pelos adeptos da “humanização”, escrito em 1983 pela educadora perinatal Janet Balaskas, que tem origem sul-africana, mas vive na Inglaterra. Balaskas frequentemente visita o Brasil, onde ministra palestras a um público composto, sobretudo, por adeptos do ideário.

Buscando contrapor-se a esse cenário, na CP as mulheres são incentivadas a assumir um papel “ativo” durante o trabalho de parto, o que significa reassumir o controle sobre o próprio corpo. Segundo essa leitura, isto ocorre, por exemplo, quando a parturiente pode experimentar e escolher as posições que lhe parecem mais confortáveis, movimentar-se livremente durante o trabalho de parto e usar suas próprias forças para dar à luz. O potencial transformador da experiência dependeria dessa atuação, uma vez que o lugar central assumido pela parturiente romperia com a representação da mulher passiva e dependente, abrindo a possibilidade de reconfigurar não só a relação com o profissional de saúde, mas também com seu parceiro. Não por acaso, a presença do homem no parto é altamente incentivada pela CP. A intenção é que o parceiro assista ao desempenho da mulher, cuja atuação seria considerada fundamental para o desfecho do parto desmedicalizado. Nesse sentido, além de presenciar o nascimento do bebê, o homem é incentivado a assistir ao nascimento de uma “nova mulher” – o que será explorado ao longo do capítulo.

Outro assunto abordado por Lúcia no encontro de Acolhimento daquela manhã foi o fato de não haverem médicos integrando a equipe da casa de parto. Apesar da ênfase dada pela diretora à questão, as mulheres presentes já tinham sido previamente informadas e inclusive assinado um termo, no momento em que inscreveram-se no pré-natal, declarando estarem cientes de que o atendimento prestado é feito exclusivamente por profissionais de enfermagem⁶⁴.

Durante o encontro, Lúcia esclareceu as diferenças nas atribuições entre enfermeiras e médicos obstetras: enquanto as primeiras estão habilitadas a atender exclusivamente parto “normal” de “baixo risco”, os médicos estão aptos a atender também aqueles de “médio” e “alto risco”, tanto “normal” quanto cesárea. Além disso, a diretora informou que quando são detectadas complicações que escapam às atribuições das enfermeiras, as mulheres são transferidas de ambulância para a

⁶⁴ Foi possível verificar durante as entrevistas que algumas mulheres e seus familiares continuavam referindo-se aos profissionais da CP como “médicos” ou “doutores”. Esta prática parece estar associada ao lugar de sujeito responsável pelos cuidados, posto atualmente ocupado por aqueles com formação em Medicina, e também à atuação autônoma das enfermeiras, que não costuma ser verificada em outros contextos e se assemelha àquela geralmente esperada dos médicos.

maternidade de referência e os médicos do local dão continuidade ao atendimento⁶⁵.

Depois de enfatizar a ausência de médicos na CP, o que costuma gerar grandes resistências, Lúcia procurou enumerar algumas das vantagens da “casa”: durante o pré-natal as mulheres têm consultas com uma assistente social (“Ela vai falar sobre os direitos de vocês”) e uma nutricionista (“Uma consulta custa 80 reais por aí”), além de assistirem a uma palestra sobre saúde bucal (“Para aprender como evitar cáries nos bebês”). Em seguida, a diretora explicou que ali era o único lugar público que garantia a vaga na hora do parto para as gestantes que fizeram o pré-natal⁶⁶. Esse aspecto é considerado um forte atrativo, tendo em vista que a clientela da CP é, em sua maioria, usuária dos concorridos serviços públicos de saúde. “A mulher que faz o pré-natal aqui, tem bebê aqui. Não precisa procurar vaga nas maternidades na hora do parto”⁶⁷.

Outro ponto enfatizado pela diretora no Acolhimento referia-se à presença de acompanhantes. Apesar de haver uma lei federal que prevê o direito ao acompanhante nas maternidades, esta norma nem sempre é respeitada e muitas vezes é franqueada a entrada apenas a acompanhantes do sexo feminino, sob a alegação de que as instituições dispõem de enfermarias coletivas. Por outro lado, na CP a presença do homem não só é incentivada, mas praticamente prescrita, como sugeriu o comentário feito por Lúcia naquela manhã: “A mulher não só pode escolher ter o pai do bebê presente, mas também um segundo acompanhante”, afirmou. Em seguida, no entanto, a diretora esclareceu que, no modelo de parto proposto, o acompanhante também deveria participar, enumerando algumas de suas possíveis atribuições: “seja fazendo massagens,

⁶⁵ Lúcia naturalmente não abordou o assunto, mas há uma forte tensão entre médicos e enfermeiras que, não raro, se reflete no tratamento dispensado às mulheres transferidas. Um exemplo é o fato de a casa de parto ser chamada pelos profissionais da maternidade de referência, localizada em um bairro vizinho, de “casa de perturbação”.

⁶⁶ É possível que com a implantação do Programa Rede Cegonha essa realidade venha a mudar, já que, entre suas diretrizes, está a garantia de leito (desde o pré-natal) na maternidade onde será realizado o parto.

⁶⁷ A busca por atendimento nas maternidades é recorrente entre as mulheres de classe popular e costuma ser objeto de atenção da imprensa. No dia 20/02/12, por exemplo, o jornal O Globo noticiou matéria com o seguinte título: “Para ter o bebê, peregrinação por oito dias”, relatando o caso de uma gestante de Pernambuco que teve que percorrer seis hospitais em busca de atendimento.

dando apoio emocional ou apenas oferecendo um copo d'água à mulher em trabalho de parto”.

O preparo da parturiente e de seus acompanhantes ocorreria, segundo Lúcia, durante os chamados “grupos educativos” ou “oficinas”, que são agendados ao longo do pré-natal e cuja assistência é obrigatória para as mulheres que pretendem dar à luz ali. “Às vezes as mulheres estão em trabalho de parto na ‘casa’ e vocês não ouvem nada. Não é porque elas estão amordaçadas, é porque elas estão preparadas”, festejou a diretora, em um prenúncio da ênfase dada pela instituição à preparação emocional durante o pré-natal. “Quem quer tirar carteira de motorista não tem que treinar? Então, para ter bebê é a mesma coisa”, comentou. Dirigindo-se às múltiparas, Lúcia afirmou que a preparação oferecida por meio dos grupos educativos também teria algo a lhes acrescentar, pois ali viveriam uma experiência de parto nova, diversa da que conheciam.

Na parte final do encontro, Lúcia informou que as mulheres precisariam fazer uma série de exames – chamados de “primeira rotina”⁶⁸ – e explicou minuciosamente cada um deles, esclarecendo as razões pelas quais eram relevantes para o acompanhamento da gestação. “A gente só dá importância se a gente entende para quê serve aquilo que é solicitado”, afirmou ao grupo.

Foi possível notar ao longo da pesquisa que a explicação de todos os procedimentos e exames, expondo as razões e os conhecimentos que fundamentam e dão sentido a essas práticas, foi pacientemente repetida pelos profissionais ao longo das consultas, o que foi visto de maneira positiva pelas usuárias: “Aqui eles explicam tudo”, comentou a mãe de uma gestante adolescente, considerando ser essa uma vantagem oferecida pela “casa”. Essa prática certamente chama a atenção pelo fato de ser um tanto incomum na relação que os médicos travam com pacientes de classes populares, relação em geral bastante assimétrica, como bem observou Boltanski (1979)⁶⁹.

⁶⁸ São eles: urina, fezes, hemograma completo, VDRL (para identificar se a mulher tem sífilis), toxoplasmose, HIV, glicose e tipo sanguíneo.

⁶⁹ “As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam ‘bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado’. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares (...) não está em estado de compreender a linguagem e as explicações do

Já próximo de encerrar o Acolhimento daquela manhã, a diretora colocou um vídeo em que foram exibidas imagens de mulheres em trabalho de parto e dando à luz (algumas delas na banheira), imagens da equipe, das instalações da CP, da ambulância, de mães amamentando seus bebês, etc. As cenas, com uma linguagem de clipe, foram acompanhadas por uma música de fundo, que tinha como refrão a frase: “Fé na vida, fé no homem, fé no que virá. Nós podemos tudo, nós podemos mais”. Ao final, algumas pessoas ficaram visivelmente emocionadas.

É interessante observar, como sugere Diniz (2005), que o modelo de parto proposto tem inspirado uma nova estética, cujas imagens, sempre acompanhadas de uma música tranqüila e suave, contribuem para que o parto seja percebido como um evento sob controle e não como algo “medonho”, que gera incômodo e repulsa, passando a evocar emoções de outra ordem.

A diretora, que havia se retirado da sala durante a exibição do DVD, retornou em seguida com uma agenda para marcar a primeira consulta do pré-natal. Antes, indagou às mulheres, então cientes da proposta da “casa”, se tinham interesse em dar continuidade ao acompanhamento da gestação ali. Todas concordaram.

3.1.2. Sem médicos e sem “ajuda”

Foi com estranhamento que, de maneira geral, as entrevistadas informaram terem reagido seus familiares, amigos e vizinhos quando informados de que elas fariam o acompanhamento pré-natal e dariam à luz em uma casa de parto. Segundo as mulheres, é sobretudo a ausência de médicos que costuma ser uma grande fonte de preocupação e as gestantes que optam por ingressar ali são frequentemente taxadas de “malucas”:

“Todo mundo falou que aqui era hospital de maluco. Porque aqui não tem médico; porque é só assistido por enfermeiras; esse monte de palestras, né? As pessoas falavam que aqui era hospital de maluco.” (Janice)

médico, e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados” (Boltanski, 1979: 44).

“Todos [na família] me chamaram de maluca, todo mundo... Disseram que eu ia morrer aqui e que eu estava colocando a minha vida e a vida do meu filho em risco. Teve gente até que falou assim: ‘Ah, eu lavo as mãos se acontecer alguma coisa com você’, foi a minha mãe e tal...” (Elaine)

A questão do risco associado ao parto, destacada por Elaine, esteve presente em várias entrevistas. De fato, alguns autores, como a socióloga Alessandra Chacham (2004), vêm chamando a atenção para o fato de haver uma crescente percepção em nossa sociedade de que o nascimento é, por princípio e potencialmente, um fenômeno perigoso e arriscado, especialmente no caso do parto “normal”⁷⁰. Com efeito, nos hospitais e maternidades, diferentemente de nas casas de parto, a estrutura é toda montada para atender às situações que apresentam complicações.

“On retrouve deux types de risques: le risque anticipé par une surveillance médicale tout au long de la grossesse, et le risque non prévisible qui est pris en charge dans l’urgence. Tout se passe en fait comme si cette double conception du risque servait à justifier le suivi très médicalisé de la grossesse et de l’accouchement physiologique.” (Jacques, 2007: 56).

Nota-se, portanto, que a questão do risco está sempre presente e dela decorre uma série de procedimentos que acompanham e justificam a medicalização. A questão, como bem destacou Jacques (2007), é que cabe aos médicos tratarem da patologia, mas também anteciparem-se a ela, o que faz com que essas duas lógicas se articulem, gerando uma situação de permanente alerta e sensação de risco. Seguindo esse raciocínio, não seria possível tratar qualquer gestação como sendo de baixo risco, já que esta classificação pode, em tese, mudar a qualquer momento. Diante desse cenário, os médicos se apresentam como os especialistas na gestão do risco, tal qual observou Jacques (2007) em relação ao contexto francês, e que, nesse aspecto, é bastante semelhante ao brasileiro.

Assim, não é de surpreender que a CP, que por princípio possui menos recursos que a maternidade ou o hospital e onde o atendimento é feito exclusivamente por enfermeiras obstetras, seja fonte de tanto estranhamento e preocupação por parte dos familiares das gestantes.

⁷⁰ Por outro lado, observa Chacham (2004), a cesárea costuma ser vista em nossa sociedade como “segura” e “inócua”.

A não realização de procedimentos que são rotineiros em partos “normais” hospitalares – como a administração de ocitocina e o corte no períneo, tecnicamente chamado de episiotomia –, são também pontos de difícil aceitação social, como relatam as entrevistadas:

“Alguns vizinhos deram uns pitacos: ‘Ai, meu Deus, você vai ter lá? Lá eles não dão ponto, eles deixam o neném rasgar a pessoa toda’. Tanto é que eu perguntei à Paula [enfermeira] e ela falou: não, se for necessário a gente dá aquele corte e costura sim. Mas se não for, a gente faz de tudo e tal. Aí eu já fiquei mais tranqüila, né? Porque nas minhas duas filhas eu tive que tomar o corte. Mas algumas pessoas ficaram assim: você é louca, vai ter igual índio. Minha tia então... ‘Valquíria, tu vai agüentar? O neném vindo, vai te rasgar toda...’ Falaram muita coisa”. (Valquíria)

“As minhas colegas falaram: ‘a neném vai sair te rasgando toda e vai te machucar porque lá não corta’. Falaram um monte de coisas”. (Mônica)

Entre aquelas que aderem ao modelo, o processo de aceitação sempre começa com a própria gestante, que é a primeira que precisa romper com uma série de padrões de cuidado, disseminados na nossa cultura, para ingressar ali. A episiotomia é um deles e está relacionado à maneira como é concebido o corpo feminino. Este procedimento, além de ser percebido como uma “ajuda” – por ampliar a abertura da região vulvo-perineal na hora do parto –, também costuma ser concebido como um expediente para minorar os estragos que o parto é suposto provocar no corpo da mulher. O que supostamente a episiotomia previne e evita é que o órgão sexual feminino seja “rasgado” ou fique “frouxo” e “largo” depois da passagem do bebê. Como bem observou Tânia, assistente social da CP, a visão predominante “na nossa cultura [é de que] o parto normal estraga a mulher”.

Esta crença é bastante difundida, até mesmo por profissionais, como é o caso de Jorge de Rezende, um dos autores brasileiros com maior número de publicações na área de Obstetrícia: “A passagem do feto pelo anel vulvo-perineal será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico” (Rezende, 2007: 349 *apud* Diniz⁷¹). A idéia de que o nascimento do bebê pode comprometer de maneira irreversível o corpo feminino revela que esse corpo é concebido como imperfeito e dependente da atuação do profissional de saúde, que deve corrigir esta incapacidade através da episiotomia.

⁷¹ <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html> (último acesso em 03/04/2013).

Assim, a visão amplamente disseminada é de que, quando é feito o procedimento, a vagina não precisa se distender tanto e os pontos dados no momento da sutura contribuem para deixá-la mais “fechada”. Há inclusive o chamado “ponto do marido” (Diniz e Duarte, 2004), um ponto a mais na incisão realizado ainda hoje nas maternidades, supostamente devolvendo a mulher à “condição virginal”. O nome dado a esta prática reitera uma visão do corpo feminino em que este é pensado quase que exclusivamente como um corpo para o outro, isto é, “alter definido” (Salem, 1983 *apud* Giacomini, 1985), que serve de fonte de prazer masculino. Nesse sentido, a vagina assume o estatuto de órgão receptor do pênis, devendo ser devidamente estimulante para sua penetração⁷². Em campanha pela abolição da episiotomia de rotina, a médica e ativista Simone Diniz destaca que:

“No Brasil, prevalece um ‘sistema erótico’ baseado nas noções de atividade-masculino e passividade-feminino. Essa idéia ratifica a teoria da vagina apertada ou frouxa (passiva, diante do falo que a estimula e é estimulado), em oposição à compreensão de vagina e vulva como órgãos ativos, capazes de se contrair e relaxar, de acordo com a vontade feminina, pois são músculos voluntários.”⁷³

Na casa de parto esse aspecto da fisiologia feminina é particularmente enfatizado. Os profissionais repetem como um mantra a informação de que a “vagina é um órgão elástico” e, conseqüentemente, depois retorna ao seu tamanho normal. Como se verá adiante, os grupos educativos assumem um importante papel no trabalho de “desconstrução” dos procedimentos de rotina associados ao parto. É necessário destacar que, nesse contexto, a adesão da mulher ao parto “natural” depende de um trabalho de convencimento por parte da equipe, em um processo que é pensado de maneira bastante ampla, inclusive como de construção da cidadania.

Ainda que no início as gestantes se mostrem inseguras e apreensivas, elas geralmente aceitam permanecer ali ao serem cativadas pela atenção e pelo tratamento recebido no encontro de Acolhimento. É assim que as mulheres – que costumam chegar a CP por indicação de alguém próximo – vão pouco a pouco

⁷² Certa vez ouvi de uma mulher que tinha feito cesárea que o bom da cirurgia é que, assim, “ficava intacto o *playground*”, referindo-se à vagina.

⁷³ <http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html> (último acesso em 03/04/2013).

ganhando confiança nos profissionais e aceitando a proposta de parto⁷⁴, processo para o qual as oficinas e grupos educativos parecem assumir um papel fundamental.

Após alguns meses de observação participante, foi possível notar que para a maioria das mulheres contactadas a ausência de médicos, que inicialmente parecia uma preocupação incontornável, já não o era. Com efeito, algumas entrevistadas – em especial aquelas que já tinham filhos – comentaram que, via de regra, são as enfermeiras que se ocupam dos partos de “baixo” risco nas maternidades públicas. Deve-se mencionar que, antes mesmo da recente regulamentação da assistência ao parto por enfermeira obstetra, pelo Ministério da Saúde, essa já era uma prática informal nas maternidades públicas.

“[A ausência de médicos para mim] é indiferente porque lá, no hospital, na maternidade, quem fez o meu parto foi um enfermeiro obstetra. [Para mim é] Indiferente”. (Adriana, referindo-se ao parto de seu primeiro filho).

“Ele [o companheiro] ficou preocupado, porque ele falou assim: ‘Ah, mas eu acho que o hospital é melhor. Porque lá [na casa de parto] são enfermeiros obstétricos’. Mas na maternidade eu tive com a Zilda⁷⁵. A Zilda fez o meu parto e ela é enfermeira. (...) Ainda mais... Uma com 16 anos [de experiência]. Tinha outra com 25 anos de enfermagem, a Francisca. Só fazendo em hospitais parto e parto. Eu falei assim: “Um profissional com 25 anos sabe muita coisa.” (Marisa, referindo-se ao parto do primeiro filho)

“[O fato de ter não ter médico] Não me assustou não, porque, no [parto] da minha filha, quem fez o parto da minha filha foi uma enfermeira. Apesar de ter médico, foi uma enfermeira que fez”. (Analice, também referindo-se ao parto anterior)

“Nas outras maternidades também quem faz os partos são os enfermeiros. Médico é para o caso de emergência” (Evelin, primípara).

“Eu não acredito que nos hospitais todas as pessoas que fazem partos são médicos. Eu acredito que, em muitos dos casos, são as enfermeiras que fazem e ninguém sabe. Porque a paciente não sabe quem é que está fazendo o parto dela”. (Carla, primípara)

Entre as mulheres de classe popular – majoritariamente usuárias de hospitais e maternidades públicos – ser atendida por profissionais de enfermagem

⁷⁴ É importante destacar que uma parcela, no entanto, não adere ao projeto ou acaba sucumbindo à forte resistência da família. Como se verá adiante, essas frequentemente dão continuidade ao pré-natal, mas, quando entram em trabalho de parto, dirigem-se – ou são dirigidas – a maternidades públicas.

⁷⁵ Zilda é uma das várias enfermeiras obstetras da “casa” que também trabalham na maternidade de referência.

no momento do parto é algo relativamente corriqueiro, como sugerem os relatos acima. A larga experiência desses profissionais compensaria a defasagem que supostamente representa não terem a (esperada) formação em medicina, como sugere o depoimento de Marisa. Já Evelin atenta para uma separação de domínios, tal qual observada em países europeus, onde há uma clara divisão de responsabilidades de acordo com o risco presumidamente associado ao parto.

No caso das mulheres de camadas médias, o espaço ocupado pela enfermeira- obstetra – também chamada de “parteira urbana”⁷⁶ – é quase que exclusivamente o do parto domiciliar. E isto porque os médicos, por pressão do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), estão hoje praticamente ausentes desse cenário. Considerando que apenas um número muito reduzido de mulheres faz a opção pelo parto domiciliar, é possível dizer que os médicos detêm um amplo monopólio sobre os partos nas camadas médias, o que é fomentado pelos próprios planos de saúde, uma vez que estes só autorizam pedidos de exame que tenham sido solicitados por profissionais com essa formação.

3.2. As mulheres

3.2.1. Quem são elas?

Ao todo foram entrevistadas 25 mulheres, das quais 10 estavam grávidas e 15 tinham dado à luz recentemente⁷⁷. As entrevistas foram realizadas na própria CP, em ambientes reservados, na maioria das vezes apenas com a mulher, mas em alguns casos na presença de familiares (do companheiro, da mãe, da irmã, da cunhada, etc.) que, quando desejavam, também emitiam opiniões e participavam

⁷⁶ A denominação “parteira urbana” costuma ser utilizada para identificar as enfermeiras obstetras que assistem partos domiciliares no meio urbano, em alusão à parteira, que passou a ser designada como “tradicional”. Esta não possui educação formal e atua, hoje em dia, principalmente nas áreas rurais. As enfermeiras que atuam na CP, contudo, não se auto-denominam “parteiras”, possivelmente por não atuarem em âmbito domiciliar, que seria o espaço, por definição, dessa ocupação. Ainda assim, como anteriormente referido, reconhecem-se, assim como as “parteiras urbanas”, como herdeiras desse legado.

⁷⁷ Por se tratar de um grande número de entrevistadas, optou-se por apresentar os dados relativos à idade, local de moradia, renda, escolaridade, dentre outros, de forma agregada. No entanto, em uma tabela (Anexo II) é possível observar as informações que se referem a cada entrevistada. No caso do outro grupo, por envolver um menor número de entrevistadas (12), essas informações estão disponibilizadas no próprio corpo do texto, como se verá no capítulo 4.

da entrevista. Em geral, as gestantes selecionadas foram convidadas a integrar a pesquisa após terem participado dos grupos educativos, enquanto no caso das puerperas a maioria dos convites foi feito àquelas que aguardavam receber alta, o que costuma ocorrer 24h após terem dado à luz, mas também a algumas que retornavam para consultas de revisão no período pós-parto.

Uma parcela minoritária das entrevistadas era proveniente de bairros longínquos da cidade (12%), que inscreveram-se no pré-natal motivadas pela proposta de parto, ao passo que a maioria era composta por moradoras da região, que buscaram a CP após terem ouvido comentários positivos sobre o trabalho desenvolvido ali, mas na prática tinham poucas informações sobre as particularidades do serviço. Estas acabaram tomando conhecimento da proposta de parto – nesse contexto quase sempre referido apenas como parto “natural”⁷⁸ – durante o Acolhimento, mas também ao longo das consultas do pré-natal e dos grupos educativos.

Com idades entre 14 e 38 anos⁷⁹, a maior parte das entrevistadas se identificou como solteira (52%), categoria em que se incluíram muitas das que, na prática, viviam em união estável. Ainda que a maioria tenha informado residir com o marido/parceiro ou com o marido/parceiro e filhos (52%), um número significativo (28%) residia com marido/parceiro, filhos e com membros da família de origem (pais/padrastos/sogros, podendo incluir também cunhados/irmãos). Isto é, a família de origem muitas vezes coabitava com o casal. Além disso, 16% das entrevistadas moravam apenas com a família de origem (pais/padrastos/avós/irmãos), sem o parceiro. Essa situação foi observada não só entre aquelas que já não se relacionavam com o pai do bebê, mas também entre algumas que mantinham um relacionamento estável com ele.

⁷⁸ É importante destacar que o termo parto “humanizado” era desconhecido por muitas das entrevistadas e, entre aquelas familiarizadas com ele, poucas se sentiam à vontade para defini-lo. No entanto, durante todo o período da pesquisa de campo esteve afixada na porta de entrada do local uma faixa com a seguinte frase: “Parir e nascer com dignidade e humanização”. Sobre esse aspecto, não se deve desconsiderar o fato de que os profissionais, que são os que na prática apresentam à proposta de parto da CP à clientela, poucas vezes faziam uso da expressão parto “humanizado”, o que será explorado ao longo da tese.

⁷⁹ Dentre as entrevistadas, 52% tinham entre 14 e 24 anos.

Considerando que a maior parte dos atendimentos do SUS concentra-se em usuários com faixa de renda entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo⁸⁰, é possível que uma parcela das mulheres que integram a pesquisa faça parte de uma “elite” dentro do segmento popular, tendo em vista que 40% declararam ter renda familiar entre 2 e 5 salários mínimos e foi registrado apenas um caso de integrante do Programa Bolsa Família⁸¹.

Assim como a renda, também chama a atenção naquele contexto o nível de escolaridade das entrevistadas: a maior parte tinha o ensino médio completo (48%). No entanto, a relativamente alta escolaridade não se traduziu em engajamento no mercado de trabalho, já que 60% declararam-se “do lar”. Destas, contudo, 33% eram estudantes que abandonaram a escola por conta da gravidez. Como observam Machado e Barros (2009), a maternidade tende a reduzir as possibilidades de qualificação e de inserção das mulheres na esfera pública.

Em menor número, as entrevistadas que trabalhavam (32%) assumiam ocupações variadas, tais como: operadora de caixa, auxiliar de serviços operacionais, secretária, pastora, enfermeira, comerciante e manicure. Além disso, 8% declararam-se “estudantes”.

No que se refere à religião, 52% declararam-se evangélicas. Essa constatação vai ao encontro do que observaram Machado e Barros (2009: 374), que afirmam que “a capacidade de influência das comunidades confessionais sobre as mulheres varia segundo os estratos sociais e se mostra muito mais efetiva nas camadas populares”.

A maior parte das entrevistadas estava grávida pela primeira vez ou tinha recentemente dado à luz o primeiro filho (64%). No entanto, a maioria não havia planejado a gravidez. De fato, apenas 20% o fizeram. De acordo com os depoimentos, para uma parcela expressiva a gestação foi recebida com um grande “susto”, quando não com “desespero” e “tristeza”. Isso fez com que a gravidez fosse vivida por muitas delas como um período de “aceitação” ou mesmo de “superação”, para reproduzir alguns dos termos utilizados.

⁸⁰ Fonte: Retrato das Desigualdades, 2011.

⁸¹ Programa do governo de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Para mais informações, ver: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

3.2.2. Motivações

A partir das entrevistas e também com base nas observações feitas ao longo da pesquisa de campo, foi possível identificar o que as mulheres mais valorizam na casa de parto e o que motivou a escolha por esse serviço.

Em sua maioria usuárias dos serviços públicos de saúde, as gestantes que compõem esse estudo pareciam estar um tanto quanto alheias ao debate sobre a “epidemia” de cesáreas no país, até mesmo porque no SUS a taxa de partos cirúrgicos é muito inferior àquela observada nos hospitais e maternidades privados, como visto no capítulo 2. Da mesma forma, a crítica sobre o que seria um uso excessivo de medicamentos durante o parto, que está na ponta da língua das mulheres de camadas médias que freqüentam o outro grupo de gestantes, também não ecoa muito por lá. Elas identificam apenas duas práticas, que seriam o “corte” e o “soro”, em referência à episiotomia e à ocitocina, mas em geral não julgam que sejam práticas negativas. Como já mencionado, muitas usuárias da CP consideram que trata-se de uma “ajuda” ou formas de “cuidado” – visão que é questionada ao longo do pré-natal, especialmente nos grupos educativos.

Um detalhe, contudo, chamou a atenção nos relatos das mulheres desse grupo: no rol de “ajudas” e “cuidados” possíveis, a anestesia não foi mencionada por nenhuma delas. Durante uma entrevista, indaguei sobre o assunto e recebi como resposta de uma parturiente: “Ué? Mas se toma anestesia durante o parto?”. Não sem alguma surpresa, me dei conta de que as mulheres de camadas populares não costumam ter registro desse recurso, pois essa possibilidade não está colocada não só na casa de parto, mas também nos hospitais e maternidades públicos em geral⁸².

Os resultados preliminares da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, confirmam a tese, ao indicarem que a

⁸² Certa vez peguei carona com Paula, que na época era residente de enfermagem, e aproveitei para perguntar sobre o assunto. Durante o período da residência ela percorreu diversas maternidades e hospitais da rede municipal, passando cerca de 1 mês em cada um. Paula me contou que, realmente, o uso de anestesia nos partos não era comum, a menos que a instituição estivesse recebendo residentes dessa especialidade. Nesses casos, afirmou, os residentes estavam aprendendo a aplicar o medicamento e a dosagem injetada nem sempre era a adequada, o que acabava prejudicando o desenvolvimento dos trabalhos de parto.

anestesia foi aplicada em apenas 17% das mulheres que deram à luz em hospitais públicos. Em entrevista, o médico obstetra Marcelo, que atende em um consultório particular e atua na rede pública, explicou que não existe qualquer orientação técnica ou de despesa de custos. Segundo ele, ocorre que, na prática, “os anestesistas, assim como os médicos, fazem um ‘esquema’⁸³, então efetivamente você nunca tem o número [de profissionais] que deveria ter”. Com isso, os anestesistas privilegiam as situações de urgência, assim como as cesáreas e curetagens, praticamente não atuando nos partos “normais”.

“No hospital [público] onde eu trabalho fazer uma analgesia para o trabalho de parto é quase ter que ameaçar o cara: ‘Não quero saber’! É preciso criar um constrangimento para conseguir fazer o procedimento” (Marcelo, médico obstetra).

Diante dessa realidade, é possível dizer que, ao aceitarem o modelo de parto “natural”, tal como proposto na CP, as mulheres não estão exatamente abrindo mão da anestesia, pois essa “ajuda” provavelmente também não estaria disponível na outra alternativa possível, isto é, na maternidade pública. Em uma prova de que muitas mulheres de camadas populares sequer têm registro desse recurso, em sua entrevista Valquíria afirmou acreditar que, mesmo que pagasse pelo parto, não teria como escapar da dor:

“A dor é a única coisa que a gente não pode dizer que foi melhor [na casa de parto] porque a dor é igual em qualquer lugar (risos). Se você pagar mil reais, 2 mil, 3 mil, 4 mil vai ser a mesma dor, então quer dizer... por isso que eu optei até de ter aqui, porque o pessoal falava: ‘lá não fazem isso, não fazem aquilo’, mas eu pensei: Poxa a dor que eu vou sentir lá eu vou sentir em qualquer outro lugar, só que na casa de parto eu vou ter algumas vantagens: vou ter a dor, mas vou ter o meu esposo do meu lado, a minha família, e um lugar mais aconchegante com pessoas educadas, que me dão mais atenção. E no hospital eu vou ter a dor, com pessoas que não param nem para te dar atenção, não vou ter nem ninguém do meu lado. Eu coloquei na ponta do lápis e vi que aqui ia ter mais vantagens para mim”.

O cálculo feito por Valquíria, sobre as vantagens e desvantagens da CP, é, obviamente, feito por todas as mulheres que optam por dar à luz ali. O que varia, no entanto, são os elementos que entram na equação.

⁸³ “Esquema” é o nome dado à prática, corrente entre os médicos no serviço público, de um profissional cobrir os demais durante o plantão. Assim, quando em tese vários deveriam estar trabalhando, inclusive recebendo para isso, apenas um o faz. A prática é denunciada na matéria intitulada “Hospital agoniza com médicos que só dão plantão no papel”, disponível em: <http://odia.ig.com.br/portal/rio/hospital-agoniza-com-medicos-que-so-da-plantao-no-papel-1.578572>

Proposta de parto

Do total de entrevistadas, apenas 24% mencionaram ter ido à CP motivadas pela proposta de parto. Sendo que, dessas, apenas 12% eram moradoras da região. Isto significa que, na prática, o parto “natural” precisa ser pouco a pouco assimilado e aceito ao longo das consultas do pré-natal e dos grupos educativos⁸⁴.

Dentre as que moravam nas redondezas, uma das que buscou a CP motivada por sua proposta foi Elaine. Ela mora com o companheiro e os dois filhos, tem 21 anos e concluiu o ensino médio. É auxiliar de serviços operacionais, evangélica e declara ter como renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Durante a entrevista, Elaine contou que ficou sabendo da CP pela Internet e por algumas amigas, que a recomendaram. Ela estava traumatizada com o parto do primeiro filho, que havia sido em uma maternidade pública, e queria uma experiência de parto “diferente”. Quando viu as fotos da “casa” na Internet, não teve dúvidas: “Aqui você não precisa ficar numa cama do hospital sem se mexer, sem isso e aquilo. Se você está fora de risco, então você pode ter um parto diferente. Foi isso que me atraiu bastante”.

Denise, 25 anos, evangélica, é operadora de caixa em uma farmácia. Ela tomou conhecimento dessa proposta de parto após ter visto uma reportagem e feito pesquisas na Internet. “Eu sempre sonhei com o parto na banheira⁸⁵ e me interessei em vir para cá por isso, entendeu?”.

Já Joana, 26 anos, evangélica e secretária, também tomou contato com esse tipo de parto depois de ver uma reportagem na televisão. Ela é uma das poucas pessoas, dentre as que moram na região, a utilizar o termo “parto

⁸⁴ Janice, 21 anos, conta sobre como reagiu quando foi informada, durante o “Acolhimento”, de que ali eram atendidos apenas partos “naturais”: “No começo foi difícil para mim, né? Mas depois eu fui me acostumando. Psicologicamente eu fui tentando me acostumar”. Luciana, 19 anos, estudante, também relata ter vivido um processo de aceitação em relação ao tipo de parto: “Conforme você vem fazendo o pré-natal têm os grupos que te ajudam a ter uma mente fixa para ter o parto natural”.

⁸⁵ O “parto na banheira” já era mais conhecido das mulheres naquele contexto, que, entretanto, não o associavam à proposta de parto “natural”. Diversas entrevistadas almejavam dar à luz na água, o que, contudo, nenhuma concretizou, por motivos variados.

humanizado” – ainda que, quando indagada, não se sinta capaz de formular uma definição.

“Eu já tinha visto uma reportagem sobre parto humanizado. Daí eu procurei na Internet um lugar próximo à minha casa que teria esse parto humanizado e tal e, graças a Deus, tinha aqui, bem próximo da minha casa”.

O plano de Joana era dar à luz na banheira, com pétalas de rosas. Ela passou a gravidez selecionando as músicas que tocariam durante o trabalho de parto. As canções incluídas no CD foram escolhidas, segundo ela, de acordo com as reações do feto. Quando estava tocando determinada música e ele mexia na barriga, Joana incluía a canção no disco.

Como é possível notar, mesmo entre as mulheres que optaram por ingressar na CP entusiasmadas com a proposta parto, há uma certa variação no entendimento que têm da proposta e no que motivou sua adesão. Assim, enquanto para Denise o que lhe interessou foi basicamente a possibilidade de dar à luz na banheira; Joana, além de desejar o mesmo, ficou atraída pela chance de poder criar uma ambientação para o parto, com música e pétalas de rosa. Já Elaine queria ter liberdade de movimentos e vivenciar uma experiência mais semelhante a do parto em casa – o que parece estar mais em sintonia com o projeto da CP.

Conforto e privacidade

Aspectos como conforto e privacidade, traduzidos na possibilidade de ter um quarto individual, com suíte e banheira, de ser um local limpo, poder ter dois acompanhantes⁸⁶, fotografar o parto, etc. foram os motivos que levaram 24% das entrevistadas a escolher a “casa” para dar à luz. Todas elas são moradoras do bairro ou das redondezas.

Lara tem 28 anos, é vendedora de roupas autônoma, e o marido, Marcos, que também participou da entrevista, é técnico de áudio e vídeo. Ambos declaram ter uma renda mensal de 2 mil reais. Foi Marcos quem contou no que se baseou, inicialmente, a escolha da mulher pela CP:

⁸⁶ É interessante fazer uma reflexão sobre a noção de privacidade nesse contexto. Para as mulheres entrevistadas, privacidade era estar um quarto individual, porém, acompanhada de membros da família e de profissionais da CP, o que costumava ser muito valorizado por elas.

“A grande preocupação que ela tinha era em relação a ter um parto com um quarto separado. Ela queria ter um quarto separado e o plano de saúde que eu entrei não ia cobrir o parto por causa da carência de 300 dias”.

Assim como Lara, Janice, que tem 21 anos e é dona de casa, também valorizou o fato de a CP oferecer um quarto individual às parturientes. O marido de Janice trabalha como motorista e a renda do casal se situa entre 2 e 5 salários mínimos. Ela deu início ao acompanhamento da gestação em uma clínica particular, mas acabou buscando a casa de parto por questões financeiras, apesar de reclamar que ali o pré-natal era “bem mais cansativo”, por conta da obrigatoriedade de participar dos grupos educativos.

Já Mônica, que tem 14 anos, mora em uma favela nas adjacências e é beneficiária do Programa Bolsa Família, tinha menos expectativas. Para ela, o valor da CP não estava exatamente na possibilidade de ter um quarto individual, mas na garantia de que teria um leito disponível:

“A minha vizinha, ela falou para mim que, quando ela teve o filho dela, ela teve que dormir no corredor e que não tinha quarto para ela dormir. Aqui, eu sei que não vai acontecer isso comigo”.

Como é possível notar, há uma variação no perfil das entrevistadas, o que certamente influencia suas motivações para dar à luz ali. Janice e Lara parecem integrar uma espécie de elite no segmento popular, que se esforça para ter acesso a serviços particulares de saúde e enxerga na CP uma opção viável no setor público, principalmente por julgarem que o serviço oferecido ali encontra semelhanças com o particular em quesitos como conforto e privacidade. Já Mônica, que claramente se situa em outro patamar econômico, adota como referencial a maternidade pública – assim como a maioria das entrevistadas – e vê na CP uma possibilidade de escapar da realidade de superlotação dessas unidades de saúde.

“Nos hospitais não tem esse tratamento”

A qualidade do atendimento dispensado pelos profissionais à clientela foi, para a maioria das entrevistadas, o grande atrativo da “casa”. Com efeito, este aspecto foi mencionado por 56% das mulheres. E os adjetivos usados para qualificar a equipe foram muitos: paciente, educada, atenta, carinhosa, amiga,

familiar, receptiva, dedicada, hospitaleira, etc. Ainda que não tenham utilizado o termo “personalizado” para qualificar o atendimento, os depoimentos apontam nessa direção, como sugere o relato de Jussara, 28 anos, mãe de três filhos:

“Uma coisa que me chamou bastante atenção foi eles [os profissionais da casa de parto] saberem, assim, chamar a gente pelo nosso nome, né? Porque nos hospitais geralmente não tem isso, esse tratamento. E eles... até mesmo a primeira doutora [enfermeira obstetra], ela se lembrava de mim. Quando eu chegava para as outras consultas, ela vinha e falava comigo. Então, eu achei isso, assim, bastante gratificante”.

Bosi e Affonso (1998), que realizaram pesquisa em cinco unidades públicas de serviços básicos na região da Ilha do Governador e Leopoldina, no município do Rio de Janeiro, também observaram a importância atribuída pelos usuários de camadas populares à qualidade da relação com o profissional de saúde. Partindo de uma concepção de saúde que engloba várias dimensões, dentre elas a psico-afetiva, a clientela no contexto investigado parecia esperar dos serviços prestados “muito mais do que um conjunto de cuidados dirigidos a um corpo biológico” (1998: 362). De fato, Bosi e Affonso (1998) notaram que a relação de afeto estabelecida com o cuidador foi o elemento que mais sobressaiu na avaliação dos entrevistados sobre a qualidade do atendimento.

Em “As classes sociais e o corpo”, Boltanski (1979) argumenta que isso ocorre porque os membros das classes populares não teriam critérios objetivos que os permitissem apreciar as qualidades dos médicos que lhes prestam assistência. O mesmo não seria observado entre os sujeitos que integram as camadas superiores, uma vez que, em havendo uma menor diferença social entre estes e os médicos, que não raro integram seus círculos de sociabilidade, poderiam recorrer a seus contatos para informar-se, com base em títulos e reputação, quais seriam os profissionais que ocupam o centro do campo médico. Segundo Boltanski (1979), a ausência de critérios específicos como estes levaria os membros das classes populares a adotar outros, que o autor classifica como “difusos”:

“Como não possuem os critérios específicos que lhes permitiriam medir a competência profissional do médico, os membros das classes populares só podem avaliá-los em função daqueles critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a ‘amabilidade’, a ‘boa vontade’, a ‘complacência’”. (Boltanski, 1979: 38)

Sugiro que, se pertinentes, as observações do autor se prestariam também a analisar a interação de membros das classes populares com outros profissionais de saúde, como é o caso da enfermagem, especialmente no contexto investigado, em que as profissionais dessa área atuam de forma autônoma e são responsáveis por todo o atendimento prestado.

Porém, diferentemente do que observou Boltanski (1979) em seu estudo, algumas entrevistadas do grupo parecem não ter dificuldades em adotar critérios específicos para avaliar a competência dos profissionais, como é o caso de Marisa, que citou a longa experiência das enfermeiras como um importante fator para avaliar a qualidade do serviço⁸⁷.

No entanto, não há como negar que critérios subjetivos, como a atenção, o respeito e a amabilidade dos profissionais são extremamente valorizados pelas usuárias da CP, o que atribuo não exatamente à ausência de critérios objetivos, mas ao fato de o referente contrastivo da maioria das mulheres do grupo ser o atendimento prestado nos hospitais e maternidades públicos, sobre o qual as entrevistadas não poupam críticas. De fato, são freqüentes os relatos de mulheres que sentiram-se “abandonadas” pelos profissionais durante o trabalho de parto e parto, momentos que reputam delicados e de grande vulnerabilidade.

Valquíria foi uma das que narrou traumáticas experiências em maternidades públicas. Ela, que tem 36 anos e não chegou a concluir o ensino médio, é bastante articulada e extrovertida. Tem o corpo musculoso, tatuagem no braço e a voz grave, o que a levou a ser convidada para cantar louvores na igreja. Conversamos três vezes durante a pesquisa, a primeira delas depois de um grupo educativo. Valquíria sentou-se ao meu lado e, espontaneamente, começou a contar sobre sua gravidez. Emocionada, disse que o filho que estava a caminho tinha sido fundamental para a revitalização de seu casamento, que durava 20 anos e parecia ter chegado ao fim. Mas, na visão de vizinhos e amigos, ela já não estava na idade considerada adequada para engravidar e havia sido bastante criticada por isso. De

⁸⁷ “[Tinha] Uma [enfermeira] com 16 anos [de experiência]. Tinha outra com 25 anos de enfermagem, a Francisca. Só fazendo em hospitais parto e parto. Eu falei assim: ‘Um profissional com 25 anos sabe muita coisa’”.

fato, chama a atenção a diferença de idade das gestantes nos dois contextos investigados, bem como de seus limites ideais para a gravidez.

Valquíria tem duas filhas adolescentes, que nasceram em maternidades públicas, onde ela também fez uma curetagem em 2011, após ter sido detectada uma gravidez anembrionária. Ela contou em detalhes suas experiências em diferentes hospitais públicos da cidade:

“[No parto da minha segunda filha] esqueceram placenta dentro de mim, me costuraram com a metade da placenta, eu tive que voltar para o médico, foi complicado. Eu fiquei com medo, né? Então eu tenho que tirar esse fantasma da minha cabeça, porque foi um parto que ela demorou a nascer, pressionaram a minha barriga e eu não tinha mais força, então não foi um parto legal, não. Se eu falar que foi é mentira. (...) Em setembro eu tive uma gravidez anembrionária, que eu nunca tinha ouvido falar nisso. Eu tive que me internar para fazer uma curetagem e também fui tratada muito mal aqui no hospital aqui do lado. Então eu tomei pavor de médico, de hospital. Então o hospital que é para te trazer tranquilidade para mim estava me trazendo pavor. Porque você pergunta uma coisa eles te tratam muito mal, te deixam muito jogada. E na minha gravidez das outras filhas e nessa curetagem eu fiquei assim, jogada. (...) O hospital, mesmo tendo tanta aparelhagem, te deixa mais nervosa e [lá] não cuidam de você como cuidam aqui”. (Valquíria)

Episódios semelhantes foram narrados por outras entrevistadas:

“[No parto da minha segunda filha] deixaram resto de parto dentro de mim: deixaram o cordão umbilical, deixaram gaze. Depois eu tive que ir ao hospital novamente, me internar e fazer uma curetagem. (...) No hospital, eles olham você, rabiscam lá e vão embora. Nem olham para a cara da gente praticamente. (...) Os médicos e os enfermeiros das maternidades são muito ignorantes. A gente não pode falar um ‘ai’ que eles: “Vocês estão acostumadas já, tem que sofrer para ter neném”. Eu acho que eles podiam ser mais humanos com a gente”. (Marta)

“Quando eu fui ter a minha filha, eu cheguei na sala de pré-parto, eu fiquei jogada. Lá ninguém vinha ver. Para ser sincera, quem vinha olhar para ver se a minha filha já tinha nascido era uma faxineira que ficou preocupada, porque eu estava passando muito mal. Ela vinha olhar. Ela toda hora olhava porque ela ficou preocupada comigo. O médico e a enfermeira só vinham e falavam: “Faz força.” E saíam”. (Raquel)

Mesmo as que nunca tiveram filhos têm uma imagem negativa do hospital e da maternidade públicos, obtida através da escuta de narrativas de outras mulheres, de maneira que existe no universo estudado uma visão consolidada a esse respeito. Andressa, de 16 anos, estava grávida do primeiro filho na época da entrevista, mas foi enfática na hora de tecer críticas aos médicos que trabalham em hospitais públicos, tomando como referência a experiência da irmã:

“A gente está lá, sentindo dor e o pessoal faz o quê? Ah, é mais um. Trata como se fosse fantoche. Deixa lá. Não dá aquela assistência legal. Eu sei que é muita gente, sabe? Mas pelo menos uma educação. Tem médico que vem com uma grosseria extrema, entendeu? Porque com a minha irmã já fizeram isso” (Andressa).

É interessante notar que, em contraste com a imagem negativa dos profissionais que atuam nos hospitais e maternidades públicos, a equipe da CP é várias vezes associada a membros da família. O atendimento personalizado e que leva em consideração também os aspectos emocionais da paciente são frequentemente associados ao tratamento dispensado a parentes ou àqueles que compõem o círculo de amizade mais próximo – assunto que será retomado ao longo do capítulo.

Ambientação

Além da proposta de parto, do conforto e da privacidade, e do atendimento personalizado, outro critério também pesou na escolha da CP: a ambientação, que foi citada por 28% das entrevistadas. Com este termo pretende-se agregar expressões como: “aqui parece a casa da gente”, “é tranquilo”, “é calmo” e “é silencioso”.

“Aqui é muito calmo, tranquilo (...). Você não escuta gritos. Porque, imagina, você vai fazer pré-natal e escuta as mulheres gritando? Lá, no hospital, quando eu fazia o [pré-natal] da minha filha eu ia e escutava mulheres gritando. Aqui não. Aqui é calmo. Eu até uma vez perguntei se as mulheres que fazem pré-natal aqui tinham neném mais à noite, porque, de dia, você não escuta nada. Eu acho isso bom”. (Analice)

“Aqui parece que você está mais em casa. (...) Não tem aquele tumulto de hospital, um entre e sai, mulher gritando e a outra chorando, máquina passando para lá e máquina passando para cá”. (Adriana)

“O ambiente é acolhedor, assim, parece uma casa, um quarto ou uma suíte. Não assusta, nem nada”. (Evelin)

O silêncio mencionado por Analice – e que também fora destacado por Lúcia no Acolhimento – foi valorizado por aquelas que já vivenciaram ou ouviram relatos sobre partos em maternidades públicas. Nessas instituições, a sala de pré-parto costuma ser coletiva, acomodando mulheres em diferentes estágios do trabalho de parto. O “choque” gerado nas parturientes que adentram esse ambiente foi relatado por McCallum e Reis (2006), que realizaram pesquisa em

uma maternidade pública em Salvador. Segundo as autoras, “de modo geral, as mulheres internadas manifestam muita dor e gemem a cada exame de toque vaginal, insistentemente repetido”. A reunião de diversas mulheres nessas condições em um mesmo ambiente levaram as entrevistadas de McCallum e Reis (2006) a descrever a sala de pré-parto como “apavorante”, tendo uma delas inclusive comparado o local a “um manicômio” e a “um show de horrores”.

Mais uma vez a maternidade pública aparece, portanto, como referente contrastivo, o que permite compreender o tom elogioso com o qual Analice refere-se ao silêncio que predomina na CP. Na percepção das entrevistadas, os gritos que costumam ser ouvidos nas maternidades públicas contaminam, trazem nervosismo, desconcentram, além de gerar insegurança e medo. Por outro lado, o silêncio e a tranquilidade que as entrevistadas assinalam haver na CP remetem ao “aconchego” do lar, propiciando um ambiente que consideram agradável e favorável ao trabalho de parto.

3.3

O “programa”: “entrar é fácil, difícil é ficar”

Durante a pesquisa, mais de uma vez foi possível ouvir a diretora da CP dizendo às gestantes que não era difícil conseguir inscrever-se no pré-natal da casa de parto, contudo, manter-se nele era um desafio. “Aqui é uma escolha. Esse modelo é muito diferente e é para poucos. É fácil entrar, o difícil é ficar”, afirmou Lúcia durante um dos encontros de Acolhimento. A observação da diretora, de fato, não parece infundada. Das aproximadamente 700 mulheres que ingressam ao ano no pré-natal da CP, apenas cerca de 1/3 delas efetivamente dá à luz ali.

Além da concordância com o modelo de parto proposto – em princípio, desmedicalizado –, as exigências do pré-natal incluem também a adoção de um comportamento disciplinado e preventivo por parte das mulheres, que devem aderir a uma espécie de “programa”. Este inclui a assistência a nove grupos educativos ou oficinas (que duram em média 2h cada), a realização de exames de rotina (cuja coleta costuma ser feita às 6h da manhã), o comparecimento às consultas mensais do pré-natal (que no fim da gestação tornam-se semanais) e a adoção de uma alimentação “equilibrada”, de modo a evitar um ganho de peso

excessivo durante a gestação, o qual estaria associado a complicações que poderiam mudar a classificação de risco da gestante.

Composta principalmente por jovens e adolescentes de camadas populares, não é incomum que a clientela da CP tenha dificuldades em se adequar a essas normas de comportamento, cuja filosofia implícita exige uma determinada atitude – regrada e planejada – frente à vida, o que entra em conflito com o fato de, na maioria dos casos, as mulheres sequer terem planejado a gravidez. Nesse sentido, é possível dizer que tais regras de comportamento exigem uma conduta racional com vistas ao controle do corpo e da gestação, que em geral parecem divergir das práticas cotidianas e da forma como essas mulheres encaram a gravidez, isto é, como algo sobre o qual não detêm total poder ou ingerência, estando de alguma forma sempre sujeita ao imponderável. Como observou Boltanski (1979: 166), nas classes populares prevalece um ethos e uma atitude em relação ao tempo, onde não predomina o planejamento de longo prazo das decisões – o que poderia explicar a dificuldade em adotar esse tipo de comportamento em relação ao acompanhamento da gestação, por exemplo.

A questão específica da alimentação merece algumas observações. Diferentemente do sujeito pós-moderno descrito por Ortega (2008) que, no que se refere às práticas de saúde, tem como característica fundamental a “auto-peritagem”, isto é, ele se “auto-controla, auto-vigia e auto-governa”, na casa de parto as mulheres devem ser incentivadas a adotar esse tipo de comportamento⁸⁸. O estímulo se baseia principalmente na retórica do risco e as gestantes são vigiadas com o intuito de verificar sua disciplina em relação à alimentação. Nesse sentido, como assinalou Boltanski (1979), os alimentos consumidos refletem e se inscrevem em um estilo de vida, sendo o controle da dieta um critério de distinção de classes. Nas consultas coletivas de Nutrição, regularmente realizadas na casa de parto, as gestantes são instigadas a falar sobre seus hábitos alimentares. Nesses

⁸⁸ De acordo com Ortega (2010), “se no decorrer do século XIX as figuras de anormalidade passavam pelo louco ou pelo criminoso, a principal figura desviante na atualidade é a daquele que não quer se responsabilizar por si mesmo, dos incompetentes no controle da vontade para o domínio do corpo e da mente. O fracasso em atingir e manter os ideais de saúde socialmente definidos é considerado uma expressão da fraqueza da vontade. O irresponsável por si mesmo é marcado pela fraqueza da vontade, em tempos em que cada um deve gerir responsabilmente sua saúde. Em contraposição, a normalidade desejável é o indivíduo capaz de autocontrole” (2010: 92-93).

contextos, as mulheres são, de maneira geral, repreendidas pela nutricionista pela pouca preocupação que exibem em consumir alimentos classificados como “saudáveis”, havendo um número razoável de gestantes consideradas com sobrepeso.

Diante do descompasso entre o comportamento das usuárias e as exigências do pré-natal, ao longo da gestação há um monitoramento das gestantes pelos diferentes profissionais. Aquelas que não se enquadram no “programa”, não comparecendo aos grupos educativos ou não realizando os exames solicitados, por exemplo, têm essa informação registrada em seus prontuários, que são então identificados com adesivos, seja na cor amarela (como um primeiro sinal de atenção), seja em vermelho (quando requer uma conversa com a diretora para prestar esclarecimentos)⁸⁹. Se a advertência formal não for capaz de reverter a situação, a mulher pode ser convidada a desligar-se do pré-natal.

Além dos critérios associados à disciplina da gestante, há outros dos quais também depende a possibilidade de dar à luz na CP, relacionados à saúde e sobre os quais a mulher não teria muita ingerência. São fatores como, por exemplo, ter sido submetida à cesariana anteriormente, ter problemas cardíacos, de tireóide, diabetes (gestacional inclusive), pressão alta, já ter tido toxoplasmose, ser HIV positivo, estar com infecção urinária na época do parto, estar com placenta prévia, entrar em trabalho de parto antes de completar 37 semanas, passar de 41 semanas e 3 dias de gestação, ter resultado positivo no exame que verifica se a mulher tem estreptococos B, etc. Alguns desses problemas já são detectados na primeira consulta e, nesses casos, a gestante é logo informada de que não pode dar prosseguimento ao pré-natal da CP. Outros, no entanto, podem vir a desenvolver-se ao longo da gestação e a mulher é encaminhada à maternidade de referência para dar continuidade ao acompanhamento da gravidez sob supervisão médica.

⁸⁹ Os adesivos também são utilizados para apontar possíveis problemas de saúde, que sugerem que a gestante está em vias de deixar de ser classificada como “baixo risco”, bem como questões emocionais que a diretora e a coordenadora, que lêem diariamente os prontuários de todas as mulheres que passam por consultas do pré-natal, julgam que merecem especial atenção da enfermeira que irá realizar a próxima consulta. Há uma intencional rotatividade, para que a usuária conheça o maior número de profissionais de enfermagem ao longo do pré-natal. Na hora do parto ela será atendida por aquela que estiver de plantão no momento.

De maneira geral, é possível notar uma tensão entre a filosofia da “casa” de tratar o parto como um evento “normal”, que faz parte da vida, e o constante monitoramento da classificação de risco das pacientes. A rigidez no protocolo da instituição, às vezes lamentada pelas enfermeiras por “perderem” muitas mulheres para o hospital, é, no entanto, considerada necessária pela equipe, uma vez que o trabalho realizado ali é vigiado de perto pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj). O órgão já se manifestou abertamente contra o funcionamento da casa de parto devido à ausência de médicos na equipe e recebe os prontuários de todas as mulheres transferidas para a maternidade de referência, para monitoramento.

As que querem, mas não podem

Estava na sala de espera aguardando o início de um grupo educativo quando ouvi a conversa entre um senhor, já idoso, e uma mulher franzina e bastante falante. Ela comentava, em voz alta, os benefícios do parto “normal”. Supus que Renata estava com poucas semanas de gestação, pois a barriga ainda não se notava, e ela acabava de se matricular no pré-natal. Veio por indicação de uma vizinha e disse morar no bairro, mas, segundo ela, tinha esquecido de trazer o comprovante de residência⁹⁰.

Sentei-me ao lado deles e integrei-me à conversa. O senhor disse-me que estava preocupado com a filha, que naquele momento estava conversando com a diretora da casa de parto. Eles moravam em um bairro distante, que não consta da área de abrangência da CP. Era a primeira vez que iam até lá e ele viera acompanhar a filha. O senhor me perguntou, em tom de desconfiança, o que eu achava da CP, se era “boa” e “segura”. Eu lhe disse que as gestantes com as quais tinha mantido contato costumavam elogiar o serviço. Ele estava preocupado com a ausência de médicos.

Não demorou muito e sua filha retornou à sala de espera. Magra, cabelos cacheados, usava óculos e uma calça de viscose, larga e estampada. Ela se sentou

⁹⁰ É comum mulheres que não moram na área de abrangência da casa de parto, que inclui o bairro onde está localizada e aqueles que estão no seu entorno, darem o endereço de parentes que moram na região para conseguirem matricular-se ali. Dessa forma, elas driblam a necessidade de ter que consultar a diretora, para que esta autorize o ingresso no pré-natal.

ao lado do pai e falou algo em voz baixa. O pai lamentou e a abraçou: “Puxa vida! Que pena, filha...”. Em seguida, ele dirigiu-se a mim e contou que ela não poderia dar à luz na CP. Apesar de todas as dúvidas que ele manifestara até aquele momento, senti que seu pesar era sincero: a filha estava visivelmente chateada com a notícia e o pai se solidarizara com ela. Perguntei o motivo e ela contou que tivera febre reumática na infância e por isso não se enquadrava no perfil de “baixo” risco, estabelecido pelo protocolo da CP.

Apresentei-me, expliquei que estava fazendo a pesquisa e Clara contou que era fotógrafa. Ela trabalhava em um estúdio e costumava ser contratada para fazer fotos de gestantes. Aos poucos se deu conta de que as mulheres que fotografava nunca tinham partos “normais”, ainda que assim o desejassem. “Elas sempre tinham problemas e aí comecei a me perguntar: será que as mulheres hoje não conseguem mais parir?”, indagou Clara, neta de uma mulher que teve 13 filhos em casa, todos acompanhados pela parteira que naquela época era referência no bairro onde sua avó morava. Sem compreender bem o fenômeno que estava observando, Clara resolveu pesquisar sobre o assunto. Entrou para listas de discussão na Internet e, quanto mais se informava, mais se convenciu: quando engravidasse, teria um parto “humanizado” domiciliar.

O momento chegou, mas de forma inesperada. Clara descobriu que estava grávida, sem ter planejado, e se deu conta de que não tinha condições de arcar com os custos de um parto como esse. Foi então que a CP, indicada por uma amiga, despontou como uma alternativa gratuita e afinada com a proposta que buscava.

Ao tomar pé de sua história, compreendi o desalento que demonstrara com a notícia de que não poderia dar à luz ali. Naquele momento, Clara parecia estar sem rumo. Saiu amparada pelo pai e disse que iria buscar outras alternativas ou então conseguir o dinheiro necessário para arcar com os custos de um parto domiciliar⁹¹.

⁹¹ Voltei a entrar em contato com Clara, alguns meses depois, para saber o desfecho de seu parto. Ela ainda não havia dado à luz, mas estava na reta final da gestação, com 37 semanas. Ela e o companheiro tinham se mudado para Teresópolis e conseguiram juntar dinheiro para pagar um

Clara faz parte de um grupo minoritário, mas que não deve ser desprezado, de mulheres de camadas médias que chegam a CP em busca de uma proposta de parto “natural” e “humanizado” sem os elevados custos que representam um parto como este na rede particular de saúde (que varia entre 6 mil e 14 mil reais, de acordo com a experiência e reconhecimento do profissional). Raros são os médicos “humanizados” que atendem pelo plano de saúde e, quando o fazem, a cobertura do parto não costuma estar incluída, apenas as consultas. No caso do parto domiciliar, normalmente assistido por enfermeira obstetra, os custos são mais baixos, mas ainda assim elevados: giram em torno de 4 mil ou 5 mil reais.

As que podem, mas não querem

Estava fazendo anotações no caderno de campo, perto da bancada onde as enfermeiras escrevem nos prontuários depois das consultas, quando ouvi a técnica de enfermagem Eneida comentando que uma jovem chegara dizendo estar com 7cm de dilatação. A enfermeira perguntou como a parturiente poderia ter essa informação e Eneida disse que ela havia passado antes em um hospital, onde fora examinada. Essa informação me pareceu um pouco estranha e imagino que para a enfermeira também.

Fui até a sala de espera para ver de quem se tratava e ali me sentei para observar. Marcela aparentava ter menos de 20 anos, era negra, alta, magra e de cabelos longos trançados. Ela estava acompanhada da cunhada, do companheiro e de mais uma mulher, um pouco mais velha, mas que não parecia ser sua mãe, talvez sua sogra. Eles estavam de pé, carregando a mala do bebê, enquanto ela estava sentada no sofá, ao lado de uma jovem que acompanhava a irmã a uma consulta. No momento em que adentrei a sala Marcela reclamava, em um tom um tanto agressivo, que ali só se faziam partos “naturais” e que as mulheres só eram atendidas se o feto estivesse saindo, com a cabeça aparecendo. A jovem ao seu lado tentou convencê-la de que fazer parto “natural” era melhor, sob o argumento de que a dor era sentida de uma vez só, diferentemente da cesárea. Marcela não parecia muito interessada em seus comentários e demonstrava impaciência, apesar de ter chegado há bem pouco tempo.

parto domiciliar, que seria assistido por uma médica que mora nas redondezas e por uma enfermeira obstetra.

A família da parturiente estava bastante agitada e tensa e achei que fosse por conta da ansiedade em relação ao nascimento do novo membro. Saí da sala de espera e retornei ao local onde estava antes. Notei que duas enfermeiras-obstetras, Ingrid e Roberta, estavam lendo o prontuário que supus ser o de Marcela. Aproximei-me e notei que o documento continha vários grifos e um escrito em vermelho: “Encaminhar para a coordenação”.

Depois de concluírem a leitura, as duas enfermeiras dirigiram-se para a sala de espera. Perguntei se poderia acompanhá-las e Ingrid inicialmente hesitou, mas logo concordou. Elas chamaram Marcela e foram para o consultório. Entrei com elas na sala e me posicionei de pé, enquanto Marcela, sua cunhada, Ingrid e Roberta sentaram nos dois sofás de vime. Ingrid perguntou como Marcela estava se sentindo e ela respondeu que estava com 7cm de dilatação. Ingrid indagou como ela tinha aquela informação e a jovem contou que antes havia passado em uma clínica particular e lá havia recebido um exame de toque⁹². Questionada porquê ela não tinha ido diretamente para a CP, Marcela contou que tinha feito um plano de saúde, mas que quando chegou à clínica foi informada de que este não cobriria cesárea e talvez nem parto “normal”. Em seguida, ela afirmou que processaria a pessoa que lhe havia vendido o plano e que a havia enganado⁹³. Ingrid advertiu que Marcela não tinha participado de qualquer grupo educativo e que havia dito expressamente à diretora da CP, quando chamada para uma conversa formal, que não tinha interesse, pois daria à luz em uma clínica particular. Marcela ficou calada diante do comentário da enfermeira.

Ao perceber que a conversa não iria muito longe, Ingrid pediu que Marcela fosse ao banheiro trocar de roupa, pois a iria examinar. A jovem obedeceu as instruções e deitou-se na maca de roupão. A enfermeira palpou sua barriga, ouviu os batimentos cardíacos do bebê e fez o toque. Em seguida, Roberta fez o mesmo e as duas confirmaram que ela estava com 7cm. Nesse período,

⁹² O exame de toque avalia a condição do colo do útero da parturiente através de sua textura, posicionamento e dilatação.

⁹³ A idéia de que a cesárea tornou-se um “bem de consumo” – mencionada pela primeira vez por Daphne Rattner (1996) – é frequentemente expressa por profissionais vinculados ao movimento pela “humanização” do parto e do nascimento. Este seria um efeito adverso do aumento da distribuição de renda, uma vez que mulheres que antes eram atendidas em hospitais públicos passariam a ter acesso a planos de saúde, onde as taxas de cesarianas são muito mais elevadas do que no SUS.

Marcela teve algumas contrações fortes. Ingrid orientou que ela relaxasse, que não contraísse o corpo, porque assim sentiria mais dor. A cunhada de Marcela falava ao celular e Ingrid pediu que desligasse e que estivesse presente, ficasse ao lado de Marcela, lhe desse apoio.

Em seguida, Roberta saiu da sala de consulta e foi chamar Lúcia, diretora da CP, que logo adentrou o recinto. Em tom sério, a diretora recordou que a própria Marcela havia lhe dito pessoalmente que daria à luz em uma clínica particular e não na casa de parto, lembrou que ela não havia participado de qualquer grupo educativo e que, desde o primeiro dia do pré-natal, durante o Acolhimento, foi advertida de que este seria um pré-requisito para ter o parto ali. Recordou ainda que lhe foi dada uma segunda chance, durante uma conversa em que a diretora lhe sugeriu que participasse dos grupos de modo intensivo, já no fim da gestação, mas ela se recusou. Lúcia em seguida se dirigiu à cunhada de Marcela e perguntou se elas estavam de carro. A cunhada disse que sim e Lúcia orientou Marcela a trocar de roupa e buscar outro lugar para dar à luz.

A diretora saiu da sala e Marcela não questionou, encaminhando-se para o banheiro. Ingrid e Roberta saíram do consultório, mas Ingrid pediu que a jovem não fosse embora enquanto elas não retornassem. As duas se dirigiram à sala da direção, onde estava Lúcia. Fiquei um pouco constrangida de acompanhá-las, mas Roberta me chamou. Na conversa, Lúcia argumentou que a atitude da jovem desvalorizava o trabalho da equipe e que não podia aceitar alguém que não tivesse participado de nenhum grupo educativo, isto é, que não tivesse se comprometido com a proposta. Em seguida, convocou as outras enfermeiras obstetras presentes para que deliberassem em conjunto sobre a situação – o que notei ser uma prática bastante comum na CP. As duas que se inteiraram por último da situação apoiaram o posicionamento da diretora e Ingrid saiu da sala para despedir-se de Marcela, dizendo-lhe que fosse com Deus. Ela agradeceu e foi embora.

Tive a sensação de que Ingrid ficou um pouco incomodada com o fato de eu ter presenciado o episódio. Nos cruzamos em silêncio e evitei olhá-la nos olhos. Confesso que fiquei um pouco constrangida pelo fato de aquela ser apenas minha segunda visita à CP. Logo depois do episódio, Lúcia comentou o ocorrido em voz alta, diante das outras enfermeiras, e senti que se dirigia também a mim.

Ela explicou que no estado em que Marcela se encontrava – 7 cm de dilatação, com o colo do útero íntegro e sendo primípara – o bebê provavelmente ainda levaria algum tempo para nascer, o que lhe deu segurança para não admiti-la. “Imagina se ela fica 3h aqui? Ela não fez nenhuma oficina, não sabe de nada, iria ficar deitada aí sem saber o que fazer”. Ao que a enfermeira Roberta emendou, dizendo que os grupos educativos são imprescindíveis para a familiarização da mulher com a proposta.

Ter presenciado este episódio deixou claro que a CP é bem diferente de uma instituição de “portas abertas”, tomando de empréstimo uma expressão que costuma ser usada pelas enfermeiras para referirem-se aos hospitais e maternidades públicos. Ali as gestantes são cuidadosamente selecionadas ao longo do pré-natal e este processo avalia não apenas os aspectos físicos e de saúde – como os que excluíram Clara –, mas também a disciplina, comprometimento e adesão ao projeto de (trans)formação que a casa de parto propõe.

E é principalmente através dos grupos educativos, que Marcela recusou-se a assistir, que são transmitidos os valores que visam a construir essa “nova mulher”: independente, auto-confiante, com consciência corporal, política, de direitos e de cidadania. Ou, como preferem chamar na casa de parto, uma mulher “empoderada”.

Na visão da equipe da CP, o processo de (trans)formação atinge seu ponto máximo com a experiência de parto “natural”, desmedicalizado, no qual espera-se que a mulher assuma uma participação ativa e central, em uma espécie de dramatização, corporificada, da transformação subjetiva. Assim, a CP oferece não apenas um projeto de parto, que culminará com o nascimento do bebê, mas também um projeto de mulher.

Ao analisar a construção da identidade “mulher” na sociedade brasileira no final do século XIX, período de consolidação do higienismo, Giacomini (1985) faz algumas reflexões que parecem servir como um interessante contraponto para se analisar o projeto impulsionado pela CP. A autora toma como objeto as

matérias de cunho pedagógico e normativo publicadas em um jornal dirigido ao público feminino, nas quais a identidade “mulher” aparece inexoravelmente ligada à maternidade e se efetiva não apenas biológica, mas socialmente, a partir do cumprimento de uma série de deveres que definem o que é ser mãe. Dentre esses deveres – prescritos por um médico, autor de quase todas as matérias do jornal – estariam amamentar, cuidar e socializar os filhos.

Giacomini (1985) observa que, naquele contexto, a identidade feminina se constrói em uma esfera determinada, isto é, no espaço da família e, a partir da relação estabelecida com os personagens que permeiam este ambiente, quais sejam, o filho e o marido, a mulher é identificada enquanto “mãe” e enquanto “esposa-mãe de família”. A autora enfatiza que o discurso sobre a conversão da mulher em mãe, tal como exposto no folhetim, se pretende genérico, apresentando um “modelo global, indiscriminado de mulher, [mas na realidade] corresponde a um tipo específico de configuração familiar: aquela individualizada e nuclear da família burguesa” (Giacomini, 1985: 89), fazendo com que a escrava e as mulheres pobres se convertessem em “não-mulheres” ou “quase-mulheres”, por não se adequarem a esse padrão.

Se no final do século XIX, momento de consolidação do higienismo, o esforço era no sentido de converter a “mulher” em “mãe”, no contexto atual, tomando como referência o trabalho desenvolvido na CP junto às mulheres de camadas populares, parece ocorrer o inverso. Isto é, o projeto da casa de parto – também impulsionado por profissionais de saúde – aparentemente tem como objetivo converter a “mãe” em “mulher”. De acordo com o projeto da CP, “ser mulher” ou, pelo menos, “ser uma nova mulher” significa não construir a identidade feminina a partir da maternidade, como costuma ocorrer nas camadas populares, em especial entre a clientela da casa de parto, composta majoritariamente por donas de casa. Nesse sentido, o modelo de mulher e também de família valorizados no projeto parecem encontrar maior correspondência com aqueles observados nas camadas médias, onde, em geral, as mulheres desfrutam de maior individualização e de maior equidade na relação com o parceiro.

Sem pretender desqualificar o empenho e a dedicação da equipe na concretização do projeto, é preciso reconhecer que algumas de suas premissas

merecem ser problematizadas. Uma delas é o fato de que, de maneira implícita, a proposta de (trans)formação impulsionada tem como pressuposto uma visão acerca da clientela que parece ser estritamente marcada pela “falta”. Rodrigues (2006) destaca que, de fato, é freqüente haver uma presunção implícita e apriorística de “carência” por parte das camadas populares. No caso das usuárias da casa de parto, esta “carência” não é abordada pela perspectiva material, mas principalmente como falta de informação, de educação, de consciência política, de direitos, etc.

A questão também é tratada por Sarti (2011), que afirma que:

“Se a carência material não é mais suficiente como critério de definição do que é ser pobre, pela crítica amplamente difundida aos limites da perspectiva puramente econômica, há uma tendência a considerar a pobreza como ausência de direitos (...). Se antes o referencial de falta na análise dos pobres estava na ‘consciência de classe’, agora se encontra na noção de ‘direitos de cidadania’” (2011: 36).

Esta percepção, segundo a autora, está em sintonia com a visão sociológica que predominou na literatura, sobretudo naquela produzida a partir dos anos 1960, quando prevaleceu a tendência a definir os membros das camadas populares por uma negatividade que, de maneira geral, os representava como “o avesso do que se deveria ser” – em vez de tentar compreendê-los por sua positividade própria, como propõe Rodrigues (2006). E se no passado a condição social dos pobres foi definida a partir da exploração do trabalho pelo capital, mais recentemente ganhou força e legitimidade o discurso sobre a ausência de reconhecimento de seus direitos de cidadania. Esta é justamente a lacuna que a casa de parto pretende preencher, através de um processo, levado a cabo especialmente via grupos educativos, que tem, dentre seus objetivos, a “cidadanização” de sua clientela (Duarte et al., 1993).

Segundo Duarte et al. (1993), qualquer projeto de intervenção social visando à “cidadanização”, como aquele desenvolvido no contexto investigado, pode ser classificado ou compreendido a partir de três grandes processos, quais sejam: “individualização”, “racionalização” e “responsabilização”.

A individualização remete a uma forma de organização societária que prevê a preeminência do sujeito sobre a totalidade social, seja esta a sociedade, a

comunidade ou a família, e opõe-se à noção de relacionalidade, em geral predominante nas camadas populares. De acordo com Duarte et al. (1993), a “cidadanização” depende, em primeiro lugar, desse processo, isto é, que o sujeito passe a se perceber como um indivíduo.

A racionalização, por sua vez, remete ao meio pelo qual os sujeitos sociais se relacionam com o mundo, com os instrumentos de apreensão do tempo, lugar, causalidade, relação, ordem, etc. Os autores situam o pensamento mítico, prevalecente entre os “outros”, como termo de oposição a essa razão, aqui entendida em seu sentido estrito, enquanto racionalidade ocidental moderna.

Por último, o processo de responsabilização ou conscientização também é apontado como fundamental para a “cidadanização” e corresponde, segundo Duarte et al. (1993), à relação moral entre os dois anteriores, isto é, entre o sujeito individualizado e suas razões racionais.

A “conversão” que, de acordo com os autores, é o que prevalece no discurso e prática das organizações de promoção social, corresponde de maneira quase literal à tentativa de produzir uma “responsabilidade” ou “consciência” nos atores e tem como objetivo último sensibilizar os sujeitos para o ideal liberal-individualista, que está implícito na própria idéia de cidadania.

Como se verá a seguir, os grupos educativos, cuja assistência é obrigatória durante o pré-natal na casa de parto, parecem ter como objetivo propiciar que as gestantes passem a se enxergar como cidadãs, ou seja, como sujeitos livres e iguais, percebendo-se como indivíduos, capazes de fazer escolhas “conscientes” e “racionais”⁹⁴. Algumas tensões e conflitos que podem resultar desse projeto serão abordadas ao longo do capítulo.

⁹⁴ Em uma crítica ao que denominou de “culto do eu” na modernidade, Rodrigues (2008) chama a atenção para como os valores de liberdade e independência, parte das regras impostas por um sistema político e econômico, mas também pela própria cultura, acabam por escravizar o sujeito, que se vê obrigado a comportar-se dessa maneira, isto é, como alguém que compulsoriamente desempenha o papel de ser livre, autônomo e independente. Em suas palavras: “como em nossa sociedade de consumo, baseada na ‘livre-concorrência’ e na ‘liberdade de opções’, ninguém é tão livre que não possa decidir por não optar, na sociedade burguesa, fundada na ‘liberdade individual’, nenhum ser humano é livre o suficiente para se considerar ‘não livre’ (2008: 178).

3.3.1. Grupos educativos: (trans)formação em curso

Os grupos educativos, agendados ao longo de toda a semana, são conduzidos pelas próprias enfermeiras-obstetras, que costumam revezar-se, e também por uma assistente social, que se encarrega especialmente do grupo de “Direitos”. As gestantes que fazem acompanhamento pré-natal na casa de parto devem assistir a todos os grupos, que somam ao todo nove e abordam os seguintes temas: 1) relações de gênero, 2) direitos (sociais, trabalhistas, da mulher, etc.), 3) modificações corporais e emocionais ao longo da gestação, 4) vínculo com o bebê, 5) trabalho de parto, 6) “tecnologias”, isto é, recursos não-farmacológicos que podem ser utilizados durante o trabalho de parto, 7) cuidados com o recém-nascido, 8) amamentação e 9) medos e inseguranças em relação ao parto⁹⁵.

Os quatro primeiros grupos são oferecidos às grávidas que se encontram no início da gestação e têm como objetivo dar os primeiros passos em direção à “construção” dessa “nova mulher”, isto é, uma mulher ciente de seus direitos, questionadora das relações de gênero tradicionais, consciente de – e detendo controle sobre – seu corpo e suas emoções, e preocupada em estabelecer um vínculo intra-útero com o “bebê” – muitas vezes resultado de uma gravidez não planejada.

Já os outros grupos educativos são direcionados às mulheres que se encontram no terceiro trimestre de gestação e alguns deles têm um enfoque mais prático. Os de cuidados com o recém-nascido e amamentação⁹⁶, por exemplo, buscam questionar as práticas “tradicionais” consideradas prejudiciais dentre aquelas transmitidas pelas mulheres da família da gestante (como colocar pó de café e moeda no umbigo do recém-nascido, tomar cerveja preta para aumentar a produção de leite, etc.).

⁹⁵ Esta oficina é chamada de “Chá do Parto” e dela participam apenas gestantes que encontram-se com 37 semanas ou mais de gestação. Foi criada mais recentemente, em função do alto número de mulheres transferidas para a maternidade durante o trabalho de parto, o que a equipe atribuiu a possíveis medos em relação ao parto. Segundo a coordenadora Eugênia, após a criação do grupo, no qual as mulheres são incentivadas a falar sobre suas emoções, houve uma redução significativa nas transferências.

⁹⁶ É interessante destacar que há um forte incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses, o que, em princípio, não parece estar em sintonia com o projeto de conversão da “mãe” em “mulher”, impulsionado pela CP. Na realidade, o incentivo ao aleitamento materno permeia o ideário da “humanização” como um todo e encontra na valorização da “natureza” e do “natural” seu principal fundamento.

Os grupos sobre parto e tecnologias apresentam, em detalhes, o projeto de parto proposto: são sugeridas alternativas de postura à tradicional posição de litotomia, destaca-se a importância de o acompanhante ser alguém emocionalmente equilibrado (através do uso de adjetivos como “calmo” e “tranquilo”) e alguém com quem a gestante tenha intimidade. Apesar da representação negativa do parceiro – especialmente no grupo de “direitos” – sua presença é altamente incentivada no parto.

Apesar de acreditar que a análise de todas as oficinas seria extremamente profícua para a pesquisa, procurou-se selecionar três delas, que pareceram mais enriquecedoras para o conjunto do trabalho, quais sejam: Oficina de Gênero, de Direitos e de Modificações. A seguir, se passará à descrição e análise dos encontros.

Oficina de Gênero

A enfermeira Zilda entrou na sala de grupo um pouco atrasada naquela tarde. A sala estava cheia e as gestantes e seus acompanhantes já tinham se posicionado, sentando-se nos colchões próximos às paredes ou em pufes ali distribuídos. Era uma oficina direcionada a grávidas no início da gestação, mas incluía também aquelas que começaram mais tardiamente o pré-natal ou que faltaram na época em que foram agendadas. Assim, havia mulheres em estágios variados de gestação, dois homens, que acompanhavam suas esposas, uma mãe, que foi com a filha que estava grávida, além da irmã de uma gestante, uma amiga e o filho pequeno de outra. Em menor número estavam aquelas que foram desacompanhadas.

Zilda deu início à oficina perguntando o que era gênero e, como não obteve resposta, recordou as aulas de português do ensino fundamental, dando como exemplo: “o pato, a pata”. Ela falou vagamente que gênero referia-se a masculino e feminino, mas não desenvolveu muito. Em seguida, separou as pessoas presentes em dois grupos. A um deu a tarefa de escrever o que considerava que fosse exclusivo dos homens e ao outro o que fosse exclusivo das mulheres. Zilda saiu da sala e deu 15 minutos para que debatesses e redigissem quais eram as diferenças identificadas.

Ao regressar, pediu que alguém do primeiro grupo lesse as respostas. A mãe de uma gestante assumiu a tarefa de vocalizar o que os membros do grupo achavam que era exclusivo dos homens. Coincidentemente, a essa equipe pertenciam os dois únicos homens presentes. A primeira resposta foi: “ser chefe de família”.

Zilda contestou com veemência: “Eu sou chefe da minha família!”. Algumas mulheres do outro grupo fizeram coro, em discordância. Sem muita resistência, a mãe riscou o que estava escrito e passou para a próxima: “sair sem camisa na rua”. Zilda novamente desqualificou a resposta e disse que, se ela quisesse, ainda que fosse criticada e considerada maluca, poderia sair na rua sem camisa. “Essa é uma questão cultural, a sociedade que criou essa regra, mas isso pode ser diferente”, afirmou. Alguém do outro grupo deu o exemplo das mulheres indígenas. “É verdade! As índias andam sem camisa!”, disse Zilda, agradecendo o exemplo. Os membros do grupo que tinham selecionado essa característica dessa vez contestaram, argumentando que vivem numa determinada sociedade e que nela as mulheres não saem na rua sem camisa. Mas a enfermeira alegou que havia pedido que escrevessem apenas aquilo que era exclusivo dos homens, explicando que se referia aos “homens em geral”. A mãe que estava representando o grupo prosseguiu com a leitura das respostas, mas já desanimada, pois sabia que a maioria das características que seu grupo tinha selecionado seria desqualificada. “Usar sunga”, disse, novamente sendo rebatida.

Ela prosseguiu com a leitura e ao responder “pênis” finalmente contou com a concordância da enfermeira, que afirmou que, no fim das contas, as diferenças entre homens e mulheres se restringiam ao aparelho reprodutivo: “Pênis é de homem, vagina é de mulher e mudar o mundo é do ser humano”, disse assertivamente. Antes que a mãe concluísse a leitura – que incluía ainda “fazer consertos na casa” e “ser técnico de futebol” –, a principal polêmica ficou por conta de “trair” e “mentir”, práticas consideradas exclusivas dos homens. “A mulher que trai é considerada puta”, afirmou uma gestante, criticando a aceitação social da traição masculina. O assunto virou “burburinho” e todos os presentes tinham uma opinião para emitir sobre o assunto.

Essa parecia ser a oportunidade que Zilda estava esperando. Em meio ao debate, a enfermeira tomou a palavra: “As mulheres que não concordam com isso podem criar seus filhos com valores diferentes, plantar essa sementinha em casa. As grandes mudanças começam assim, pequenininhas dentro de casa. As mulheres têm muito poder, porque através da educação dos filhos podem construir uma sociedade muito melhor. É o poder da transformação. Vocês têm noção de que podem criar o homem para ter uma performance diferente daquela que vocês estão criticando?”, indagou Zilda. A enfermeira concluiu abordando o tema da violência doméstica e informando sobre a Lei Maria da Penha⁹⁷: “As mulheres têm que denunciar, não podem aceitar e se calar”.

Ao passar a palavra à porta-voz do segundo grupo, esta, que já havia entendido o propósito da dinâmica, fez uma seleção na lista inicialmente elaborada para elencar as características que seriam exclusivas das mulheres. Foi deixado de fora “usar vestido”, “brincar de casinha”, “usar salto alto”, “maquiagem” e “brinco”. A resposta que a gestante leu, imaginando que seria considerada adequada, foi: “amamentar”, “gerar filho”, “menstruar” e “resistir mais às dores”. Em minoria, os homens reagiram ao último item, dizendo que resistiam tanto quanto as mulheres. Ao que algumas retrucaram: “Queria ver se fossem vocês a parir!”. Zilda, dessa vez, não se posicionou.

É de chamar a atenção a forte demarcação de gênero presente naquele contexto e que veio à tona a partir da dinâmica proposta na oficina. Como foi possível observar, há um repertório muito bem definido de papéis, atributos e comportamentos que correspondem ao homem e à mulher na percepção do grupo investigado. Assim, no topo da lista elaborada pela primeira equipe foi inserido

⁹⁷ Segundo informações obtidas no site do Conselho Nacional de Justiça, “a Lei Maria da Penha estabelece que todo o caso de violência doméstica e intrafamiliar é crime, deve ser apurado através de inquérito policial e ser remetido ao Ministério Público. (...) A lei também tipifica as situações de violência doméstica, proíbe a aplicação de penas pecuniárias aos agressores, amplia a pena de um para até três anos de prisão e determina o encaminhamento das mulheres em situação de violência, assim como de seus dependentes, a programas e serviços de proteção e de assistência social. A Lei n. 11.340, sancionada em 7 de agosto de 2006, passou a ser chamada Lei Maria da Penha em homenagem à mulher cujo marido tentou matá-la duas vezes e que desde então se dedica à causa do combate à violência contra as mulheres”. Fonte: <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/pj-lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha> (último acesso em 28/03/2013)

“ser chefe de família”, que corresponde, idealmente, ao papel central que o pai deve ocupar na organização familiar entre as camadas populares, ao lado do da mãe/dona-de-casa (Sarti, 2011).

De acordo com a autora, ao “chefe da família” cabe prover teto e alimento, mas também comportar-se de maneira “honrada” – a bebida é, nesse sentido, um importante desqualificador – de modo que, renda e honra combinados lhe garantem a autoridade paterna. O papel de destaque do “chefe de família” perante o grupo é, por sua vez, complementar ao da mulher, cuja autoridade se manifesta no âmbito da casa: ela é a “chefe da casa”. Inspirada por Louis Dumont, Sarti (2011) sugere que casa e família sejam interpretadas como um par complementar, mas hierárquico, na medida em que a casa é englobada pela família.

“O homem corporifica a idéia de autoridade, como mediação da família com o mundo externo. Ele é a autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. Sua presença faz da família uma entidade moral positiva, na medida em que ele garante o respeito. Ele, portanto, responde pela família. Cabe à mulher outra importante dimensão da autoridade, manter a unidade do grupo. Ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar.” (Sarti, 2011: 64)

A diferenciação marcante entre os gêneros, simultaneamente percebidos como complementares, é central e fundadora da lógica que norteia o grupo investigado. Na dinâmica proposta, ao homem coube ainda a associação direta com determinadas tarefas ou atribuições (como “fazer consertos na casa” e “ser técnico de futebol”), o que aponta para a divisão sexual do trabalho, dispositivo que, segundo Lévi Strauss, busca “instituir um estado recíproco de dependência entre os sexos” (1980: 30). Mas, o que sem dúvida gerou maior debate e interesse, foi a associação com determinados comportamentos, como “mentir” e “trair”, praticamente percebidos como parte da “natureza masculina”.

Esta visão parece respaldar-se no que Salem (2004), com base na representação nativa sobre a sexualidade masculina em classes populares, definiu como uma “teoria sexual pulsional”. Segundo a autora, um dos pontos centrais dessa teoria é “a representação de uma *proeminência, naturalmente fundada, do corpo sobre a cabeça no domínio da sexualidade*. Fundamenta-se aí a percepção

de uma incompatibilidade entre negar sexo e a condição de ser do masculino.” (2004: 19, grifos da autora).

Assim, “trair” e “mentir” seriam atributos quase inatos, justificados por um suposto impulso “natural” e incontrolável para o sexo, o que converte a traição masculina praticamente em um ato involuntário. Outro fator a contribuir para a manutenção de relacionamentos simultâneos seria, segundo os homens entrevistados por Salem (2004), o descompasso – também percebido como naturalmente fundado – entre suas necessidades sexuais e as de suas parceiras. Vale destacar que as mulheres, em oposição aos homens, são vistas como detendo maior controle sobre a sexualidade, o que torna a traição feminina, além de menos freqüente, moralmente mais condenável. Essa representação sobre os gêneros se pauta em uma oposição contrastiva, sendo a mulher percebida como “o avesso complementar do homem” (Salem, 2004: 59).

E se a lista de atributos masculinos elaborada na dinâmica de grupo proposta pela casa de parto se pautou principalmente em comportamentos e papéis sociais, ainda que percebidos como “naturais”, no caso das mulheres essas diferenças parecem se inscrever quase que exclusivamente no corpo: na aparência (usar vestido, salto alto, maquiagem, brinco), mas principalmente nas capacidades fisiológicas de “amamentar”, “gerar” e “menstruar” – todas relativas à capacidade reprodutiva feminina. Estas faculdades correspondem ao que Le Breton (2007) define como “traços estruturais” – aos quais acrescenta ainda a faculdade do homem de fecundar – e servem de base para que as sociedades humanas elaborem infundáveis significados para definir socialmente o que seja o homem e o que seja a mulher, “as qualidades e o status respectivo que enraízam suas relações com o mundo e suas relações entre si” (2007: 65).

No caso do grupo pesquisado, os atributos listados sugerem o papel de destaque conferido à maternidade na definição do feminino. Essa relação foi observada por diversos autores que se dedicaram ao estudo sobre gênero e família em camadas populares, dentre eles Sarti (2011). Segundo a autora, “a autoridade feminina vincula-se à valorização da mãe, num universo simbólico em que a maternidade faz da mulher mulher, tornando-a reconhecida como tal, senão ela será uma potencialidade, algo que não se completou” (2011: 64).

Deve-se destacar que, no grupo pesquisado, uma parcela significativa das mulheres se identifica como “dona de casa”, o que talvez contribua para reforçar representações de gênero tidas como mais tradicionais. De fato, Machado e Barros (2009), em pesquisa sobre gênero, geração e classe, sugerem que mulheres com maior escolaridade e engajamento no mercado de trabalho têm maior probabilidade de questionarem essas representações. As autoras inclusive destacam que atualmente registrou-se um aumento na participação de mulheres de camadas populares entre a população economicamente ativa do país. No entanto, entre aquelas que fazem o pré-natal na casa de parto, ainda que a maioria tenha concluído o ensino médio, a relativamente alta escolaridade não se reverteu em inserção no mercado de trabalho, o que faz com que sejam financeiramente dependentes.

É certo que a maternidade interfere nesse cenário, uma vez que “tende a reduzir as possibilidades de qualificação e de inserção das mulheres na vida pública” (Machado e Barros, 2009: 380), o que poderia conduzir ao seguinte questionamento: as mulheres que freqüentam a casa de parto estão fora do mercado de trabalho justamente devido ao fato de terem entrado no ciclo reprodutivo?

É bastante comum que as adolescentes vinculadas ao pré-natal da CP justifiquem a evasão escolar em função da gravidez. E também não há dúvidas de que essas mulheres se deparam com serviços públicos precários, sendo diretamente afetadas, por exemplo, pela quase inexistência de creches públicas. Mas também não se deve negar que muitas mulheres de camadas populares conseguem driblar tais condições desfavoráveis, principalmente com o apoio da família (Sarti, 2011), e inserirem-se no mercado de trabalho ou darem prosseguimento aos estudos. Sendo assim, tendo a acreditar que no universo da pesquisa este fenômeno seja mais bem compreendido a partir do peso atribuído naquele contexto ao desempenho do papel de mãe e de esposa para o processo de construção da identidade feminina, como sugerem os estudos de Sarti (2011), Paim (1998), Fonseca (2006), Tornquist (2003) e outros.

Com efeito, nessa direção aponta o comentário feito por uma gestante adolescente, durante entrevista à pesquisa. Ela estava na companhia do namorado

e da mãe, aguardando na recepção a consulta do pré-natal, quando me aproximei. Elisa tinha 16 anos, estava no nono ano e havia parado de estudar por causa da gravidez. O namorado também era adolescente e fazia “bicos”. Eles atualmente moravam juntos na casa da mãe dela, onde a renda familiar era de um salário mínimo. Perguntei se Elisa tinha planejado a gravidez e esperava ouvir um “não” como resposta, como costumava acontecer com as adolescentes entrevistadas, quando fui surpreendida: “sim”, disse-me ela. Transcrevo abaixo um trecho dessa conversa:

Você planejou a gravidez?

Elisa: Sim.

Você antes usava algum método anticoncepcional e parou de usar?

Elisa: Não.

Como foi que você reagiu à notícia de que estava grávida?

Elisa: Foi uma surpresa, né? Foi diferente.

Mas você não estava querendo engravidar?

Elisa: Tava. Mas quando eu fiquei eu não sabia, só com uns 3 ou 4 meses que eu descobri.

Confesso que fiquei bastante surpresa e um tanto desorganizada com a resposta, que lamento não tê-la explorado durante a entrevista como gostaria. De qualquer maneira, o posicionamento de Elisa aponta, como já salientado, para a importância atribuída à gravidez e à maternidade, que são vividas não apenas como processos corporais, mas “como condição inerente e necessária para sua completa realização como sujeito deste universo simbólico”, garantindo um status superior à mulher em relação àquelas que não tem filhos (Paim, 1998: 35). Este rito de passagem demarca então a transformação da jovem em adulta, status muito valorizado nas classes trabalhadoras (Duarte, 1986, Fonseca, 2006).

Outro aspecto da oficina que merece ser destacado diz respeito ao esforço da enfermeira por questionar a marcante diferenciação entre os gêneros presente naquele contexto, de modo a abrir caminho para o que seria a construção de uma “nova mulher”: independente, auto-confiante, consciente de seu corpo e de seus

direitos. É possível dizer que, a longo prazo, o projeto com o qual a CP está comprometida tem como meta a transformação da sociedade. Em primeiro lugar, a partir da transformação da mulher, que é incentivada durante todo processo de preparação para o parto a se perceber como um indivíduo, que tem domínio sobre si e que toma suas próprias decisões⁹⁸. A experiência de parto proposta ali, isto é, um parto em que a mulher pode escolher a posição de dar à luz, com liberdade de movimentos e domínio sobre seu corpo, seria, de acordo com o projeto, uma espécie de dramatização desses valores. A segunda etapa de transformação da sociedade – e que é mais explicitamente enunciada pela enfermeira – se daria através da educação que essas “novas mulheres” transmitiriam a seus filhos: uma educação pautada por ideais igualitários.

Por fim, cabe fazer uma última observação relativa à percepção do grupo sobre a maior resistência das mulheres à dor. O comentário feito por uma gestante sugere que essa visão está diretamente associada ao ato de parir, que é percebido como extremamente doloroso. É curioso que a enfermeira, que dedicou quase todo o tempo da oficina a desnaturalizar as representações de gênero, calou-se diante desse comentário. Isso possivelmente se deve ao fato de que a representação de feminino que a casa de parto pretende incentivar está, de certa maneira, afinada com a imagem de uma mulher forte e resistente à dor. Assim, questionar a percepção das gestantes sobre esses atributos – ainda que também “naturalizados” – poderia gerar um curto-circuito, que Zilda parece ter preferido evitar.

Oficina de Direitos

A oficina de “Direitos” era invariavelmente conduzida por Tânia, assistente social da CP. Ela geralmente seguia um roteiro definido de assuntos e costumava iniciar os encontros abordando o tema dos direitos trabalhistas, assunto um tanto distante da realidade das mulheres dali, a maioria donas de casa. Ciente disso, Tânia destacou em um dos encontros que tais direitos, como a licença-maternidade, as férias e o 13º salário, foram conquistados a partir de muita

⁹⁸ A emergência de sujeitos individuais favorecida pela modernidade e a conseqüente tensão entre autonomia e pertença familiar serão debatidas adiante, na seção sobre a família nas camadas populares.

mobilização e que as mulheres deviam informar-se sobre eles: “A informação é a nossa melhor arma”, afirmou.

Nessa ocasião, ela explicou que as gestantes que não tinham vínculo empregatício, mas que contribuía com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) pagando autonomia tinham direito ao salário de licença-maternidade. O mesmo valia para as que trabalhavam com carteira assinada e pararam há até um ano.

Para as poucas gestantes que se encontravam formalmente empregadas, Tânia lembrou que desfrutavam de estabilidade provisória, não podendo ser demitidas durante a gestação e nem 5 meses depois do nascimento do bebê. Já os pais, caso possuíssem vínculo formal, tinham direito a 5 dias de licença paternidade, a contar do dia do parto. “Não é para ficar no bar bebendo. É para registrar o bebê e ajudar a mãe”, sentenciou.

No caso das gestantes que freqüentavam a escola, Tânia salientou que a partir de 32 semanas elas tinham direito a ter o conteúdo das disciplinas em casa, por até 3 meses. A assistente social perguntou se Patrícia, uma gestante que tinha 19 anos e estava acompanhada da madrasta, continuava estudando. A jovem contou que estava no 1º ano do ensino médio, mas que havia interrompido os estudos quando engravidou. A madrasta – que explicou que é quem “cria” Patrícia desde os 9 meses, quando casou-se com seu pai – disse não ter apoiado a atitude da jovem, afirmando que ela deveria estudar e profissionalizar-se para não depender do marido: “Depois ele morre, separa, fica desempregado...”. Tânia acrescentou: “A gente tem que ocupar o espaço que as mulheres lutaram tanto para conquistar!”. Patrícia, que tem um biotipo alto e magro, como sua “mãe de criação”, retratou-se dizendo que pretendia fazer um curso de cabeleireira.

Tânia também informou as mulheres sobre seus “direitos sociais”. “Alguém gostaria ou pretende se casar?”, perguntou ela. O assunto parecia despertar maior interesse e três gestantes disseram que sim. A assistente social

explicou que elas poderiam ir ao “Poupa Tempo”⁹⁹, que conta com um estande em um shopping localizado em um bairro próximo ao da CP. Lá elas poderiam pedir, junto à Defensoria Pública, a isenção das taxas normalmente pagas ao Judiciário para o casamento ou contrato de união estável (de cerca de 300 reais). A assistente social argumentou que a formalização do relacionamento facilitava o pagamento de pensão, no caso de uma fatalidade. “Não sou urubulina, não, mas já vi idosas ficarem sem pensão, depois de 20, 30 anos juntos, mas sem comprovantes¹⁰⁰”, disse, acrescentando que “só o filho não é prova para a Previdência”.

Sobre a certidão de nascimento, Tânia afirmou que todos tinham direito a obtê-la gratuitamente e recomendou que o documento fosse retirado logo após o nascimento do bebê: “Façam isso logo para a criança ser uma cidadã”, disse ela, lamentando que quem tenha que tirar o documento seja o pai, “porque vivemos numa sociedade patriarcal”. Nesse momento, Tânia foi interrompida por uma gestante, que comentou que não pretendia colocar o nome do pai no registro do filho. Ela foi imediatamente repreendida pela assistente social: “Esse é um direito do bebê, você não pode escolher por ele”. Tânia afirmou ainda que se o pai não quisesse reconhecer a criança, a mãe deveria buscar os meios legais: “Registre e depois procure a Defensoria Pública para exigir que seja feito um exame de DNA”¹⁰¹. “Mas e se o bebê for criado por outro pai?”, perguntou outra gestante. Tânia explicou que, nesse caso, poderia ser feita uma adoção. O assunto gerou um grande debate e uma gestante revelou que ela própria não foi registrada pelo pai, a

⁹⁹ Trata-se de um programa de atendimento ao cidadão criado pelo Governo do Estado que tem como propósito reunir, em um mesmo espaço físico, entidades públicas (municipais, estaduais e federais) e privadas, com vistas a tornar mais acessíveis e agilizar serviços de utilidade pública.

¹⁰⁰ Em outra ocasião, Tânia listou os documentos aceitos pela Previdência como prova do vínculo de união estável: ser dependente no cartão de crédito, no plano de saúde, ter conta conjunta no banco, ser dependente em algum clube ou associação e ser dependente no trabalho do(a) parceiro(a). Não é de surpreender que, quando questionadas, as mulheres dali costumem responder que não possuem nenhum desses comprovantes. Com exceção talvez do cartão de crédito, esses documentos exigem um nível de renda e um grau de formalização incompatível com a realidade de vida da maioria das gestantes que faz o pré-natal na CP. Assim, é possível dizer que, nas camadas populares, o casamento formal continua sendo necessário para comprovar a estabilidade da relação, não sendo as pessoas desse contexto beneficiadas pela flexibilização na legislação que trata do assunto.

¹⁰¹ Em artigo sobre o uso legal de testes de DNA para a detecção da paternidade, Fonseca (2004) problematiza o que definiu como uma “aliança” entre a lei e a ciência, questionando as possíveis consequências dessa forma de biologização das relações familiares. Segundo a autora, com a disseminação do teste “não são mais os fatos da vida social (relações, afetos) que definem o ‘verdadeiro’ pai, mas sim os fatos biológicos que ‘revelam’ os comportamentos” (2004: 15). Noutras palavras, “trata-se de uma certeza técnica biológica que pretende resolver dúvidas em torno de uma relação que é eminentemente social – a paternidade” (Fonseca, 2004: 15).

quem nunca procurou. Com efeito, quando tive acesso às fichas de matrícula das mulheres que ingressaram no pré-natal da CP nos anos de 2011 e 2012 notei que a ausência do pai na documentação não era algo muito incomum ali.

Por fim, a assistente social tratou sobre o direito à saúde reprodutiva. “A gente tem quantos filhos a gente quer. Se eu quiser ter 10 filhos, o Estado não pode me impedir. Se sou soro-positiva, também tenho direito a ter filhos”, afirmou, para, em seguida, destacar a importância do planejamento familiar: “Mas vocês devem se perguntar: quantos filhos *eu* quero ter?”. Tânia explicou que há um programa nas unidades básicas de saúde e que as mulheres deveriam se inscrever para se informarem sobre qual método contra-ceptivo poderiam adotar depois da gravidez. A assistente social comentou ainda sobre a possibilidade de se ter acesso à laqueadura de trompas e à vasectomia pelo SUS. “Mas vocês devem fazer a laqueadura porque querem, não pelo homem. O corpo é de vocês. Vocês têm que pensar em vocês. Depois a relação termina e o SUS não paga cirurgia de reversão”, alertou.

Em sintonia com o projeto de (trans)formação da mulher que a CP propõe, a Oficina de Direitos busca incentivar a individualização das gestantes, de modo que elas se tornem seus próprios agentes (Singly, 2007), conduzindo, não apenas a experiência de parto, mas, de maneira mais ampla, seus corpos e suas vidas.

No discurso de Tânia parece que a independência incentivada se direciona em grande medida à relação com o parceiro¹⁰². Este é retratado como detendo controle sobre o corpo da mulher (como no caso da laqueadura de trompas, que Tânia supõe ser fruto de decisão masculina), e como alguém pouco envolvido com o filho e seus cuidados, o que significa que essa tarefa recai exclusivamente sobre as mulheres (esta visão fica explícita no exemplo do bar, que representaria um uso indevido da licença paternidade).

¹⁰² Em um breve momento a assistente social referiu-se também à importância da autonomia da mulher frente ao “Estado”, em uma clara alusão à intensa política de controle demográfico e à generalização abusiva da esterilização feminina (Scavone, 2001: 144).

Por outro lado, ciente da alta taxa de coabitação entre a clientela da casa de parto, Tânia incentiva a formalização dos relacionamentos, acenando com a possibilidade de os casamentos serem oficializados sem custos. Na visão da assistente social, a relação com o parceiro aparece, portanto, de maneira ambígua: trata-se de alguém de quem a mulher deve emancipar-se, rompendo os elos de dependência, mas ao mesmo tempo oficializar seu vínculo¹⁰³.

O ideal de conjugalidade presente no discurso de Tânia parece ser pautado por valores igualitários, como aqueles que norteiam o “casal grávido”, proveniente de camadas médias e estudado por Salem (2007). De acordo com a autora, entre esses casais “a relação matrimonial, fundada em um laço de indivíduos iguais em valor porém distintos em suas individualidades, encerra um complexo jogo de reciprocidade e dependência afetivas” (2007: 174/175).

No entanto, apesar do incentivo à formalização e à equidade nas relações conjugais, o maior investimento da CP parece ser mesmo no “empoderamento” da mulher, parte de um processo mais amplo de “cidadanização”. Adotando como pressuposto a submissão da mulher de classe popular em relação ao parceiro, a igualdade na relação homem-mulher exigiria, portanto, sua prévia conversão em indivíduo. Segundo essa visão, é a mulher que precisa mudar de lugar e posicionar-se em relação ao parceiro de outra maneira, mais autônoma e individualizada. O envolvimento do pai na gravidez e nos cuidados com o bebê, também incentivado, seria, nesse sentido, uma conseqüência da transformação feminina. Ou seja, o foco da CP não parece ser o casal – como no fenômeno do “casal grávido” investigado por Salem (2007) –, mas a mulher e, como resultado ou conseqüência, a família conjugal, o que será retomado adiante.

A questão financeira é considerada um pilar importante para o processo de individualização incentivado. Por esse motivo, a assistente social procurou, durante a oficina daquela tarde, encorajar as presentes a “ocuparem o espaço que

¹⁰³ Essa visão contrasta com a suposta coerência que Singly (2007) observa haver nas transformações da família contemporânea francesa, na qual há uma clara recusa da instituição do casamento e ao mesmo tempo uma crítica à divisão sexual do trabalho. “O homem e a mulher querem ser eles mesmos no âmbito de sua vida familiar. O casamento não é mais atrativo na medida em que é concebido como uma possível amarra aos papéis determinados anteriormente.” (Singly, 2007: 128/129).

as mulheres lutaram tanto para conquistar”, em referência à entrada no mercado de trabalho, uma reivindicação do movimento feminista em sua primeira onda.

No entanto, o comentário feito pela madrastra de Patrícia sugere que o incentivo à qualificação das mulheres se baseia, sob seu ponto de vista, em dados mais próximos daquela realidade: a possibilidade de fracasso do parceiro no desempenho de seu papel de provedor, sua morte ou o fim do relacionamento. Suas preocupações parecem não ser infundadas, uma vez que, como observa Sarti, “as famílias pobres dificilmente passam pelos ciclos de desenvolvimento do grupo doméstico, sobretudo pela fase de criação dos filhos, sem rupturas” (2011: 65). Ao que parece, parte-se do pressuposto de que cabe ao homem o papel de provedor, mas a mulher deve estar preparada para, nas situações de adversidade, assumir esse lugar.

É interessante destacar que a CP entra em contato com as mulheres justamente no período da gravidez, isto é, no momento em que elas se preparam para se tornarem mães, atualizando a percepção que predomina entre as camadas populares de que a maternidade é parte central e constitutiva da identidade feminina (Lo Bianco, 1985, Paim, 1998, Sarti, 2011). Pois é justamente nesse momento, que viria a confirmar a estabilidade do lugar da mulher naquele contexto, que a casa de parto busca promover um questionamento do papel feminino, de modo a apresentar às futuras mães outras definições do “ser mulher”, não subordinadas à esfera materna. Isso se dá, como anteriormente referido, através do incentivo à inserção no mercado de trabalho e à autonomia individual, com a intenção de que sirvam de suporte para novas definições da identidade de gênero. O objetivo é acenar com a possibilidade de as mulheres desempenharem outros papéis, que não exclusivamente o de mãe/esposa/dona de casa, este desvalorizado por não estar em sintonia com os valores da modernidade, tal como incentivados na CP.

A valorização da individualização se dirige também ao bebê, que assim como a mulher é portador de direitos, sendo a certidão de nascimento considerada um primeiro reconhecimento oficial dessa condição. Segundo a assistente social, o recém-nascido deve ser registrado o quanto antes, de modo a possibilitar sua conversão institucional em “cidadão”.

Sobre essa questão, Singly (2007) observa que a criança vem desfrutando de uma individualização progressiva nos tempos atuais, o que também é explicitado pelo estudo de Chazan (2007) sobre o ultrassom obstétrico, o qual indica que este processo tem início até mesmo antes do nascimento:

“A busca de uma individualização precoce do feto coaduna-se com a ampliação e a radicalização da ideologia individualista moderna, na medida em que a ultrasonografia, ao permitir a visibilização bem antes do nascimento, possibilita, em um primeiro movimento, percebê-lo como destacado da gestante. Transformá-lo em consumidor e em ‘mini’ cidadão é apenas um passo a mais na construção de sua identidade – inclusive de gênero – antes do nascimento. Ao mesmo tempo, nesse processo, o feto singularizado e medicalizado é tornado público e pode ser inscrito socialmente como indivíduo.” (Chazan, 2007: 200).

De maneira geral, é possível dizer que os profissionais da CP buscam promover uma experiência de individualização (que se estende ao futuro bebê), em um contexto no qual os vínculos tradicionais assumem lugar muito importante. Com efeito, “a prevalência da relacionalidade sobre a individualização nas famílias populares nas sociedades ocidentais é uma de suas características essenciais” (Duarte e Gomes, 2010: 172).

Assim, o processo de (trans)formação que a CP pretende desencadear nas mulheres – através dos grupos educativos ou oficinas e que tem seu coroamento com a experiência de parto – de certa maneira entra em choque com a lógica particular da noção de família nos segmentos populares¹⁰⁴. Como observa Fonseca, “a relação indivíduo-família não pode ser pensada da mesma forma em todo lugar” (2005: 52), uma vez que o valor “família” encontra significados distintos dependendo da categoria social. O conflito entre os valores transmitidos pela CP e aqueles que norteiam as relações familiares nas camadas populares pôde ser observado em vários momentos da pesquisa e será retomado adiante.

Oficina de Modificações

“O que vocês entendem por modificações?”, indagou a enfermeira Bianca às 15 gestantes presentes naquela ensolarada tarde de setembro, dando início à

¹⁰⁴ Esta lógica pode ser verificada a partir de exemplos suscitados pelas próprias gestantes ao longo da oficina: a jovem que tem na companheira do pai sua “mãe de criação”, a gestante que não se relaciona mais com o pai do filho e pretende que o atual companheiro o registre, a outra que até hoje não conhece o pai, entre outros casos, que sugerem uma trama cotidiana de relações sociais à primeira vista classificadas como desconexas (Fonseca, 2000).

oficina sobre o tema. Uma, em tom de brincadeira, respondeu: “Engordar”! Bianca insistiu: “O que mais?”. Outra afirmou: “Tem mudanças por dentro e por fora”. Bingo! Era disso que se tratava o encontro daquele dia.

Bianca explicou a dinâmica que iriam realizar: as mulheres seriam divididas em dois grupos para refletirem sobre as “mudanças físicas, sociais e emocionais” relacionadas à gestação. Ao final, um grupo deveria apresentar o que identificava como sendo mudanças positivas e o outro como negativas. A enfermeira sugeriu que as mulheres se sentassem em círculos para debater.

Logo que se reuniram, antes de colocar em prática o exercício proposto, as gestantes queriam saber o sexo dos bebês, assunto que despertava grande interesse no grupo. Nem todas tinham essa resposta para dar, pois ainda estavam no início da gestação¹⁰⁵, mas já tinham palpites, em geral baseados em crenças compartilhadas pelas mulheres da localidade: “Eu acho que é menina, porque emagreci”, disse uma, acrescentando que “menino engorda, menina emagrece”. Outra alertava que “parto de menino dói mais do que de menina”.

A forte demarcação de gênero presente naquele contexto, torna a busca pela detecção do sexo uma prática bastante freqüente. Segundo as mulheres, a diferenciação pode ser notada ainda na gravidez, por exemplo, a partir da observação do formato do corpo materno: através do ganho ou perda de peso, como já dito, mas também da forma da barriga – pontuda é menino, redonda é menina. Acredita-se ainda que o sexo do bebê tenha influência na experiência de parto (partos de meninos são reputados como mais dolorosos) ou no resguardo, isto é, no tempo considerado necessário para que a mulher retome suas atividades após o parto. Nesse sentido, recordo-me de ter ouvido diversas vezes as gestantes dizerem que o resguardo no caso de ter dado à luz um menino deve ser maior (45 dias) do que quando se trata de uma menina (30 dias). Essa informação, que circulava com freqüência entre as mulheres, era constantemente refutada pelas

¹⁰⁵ Diferentemente do grupo estudado por Paim (1998), todas as gestantes que entrevistei fizeram ultra-sonografias ao longo da gestação, o que permitia a detecção precoce do sexo fetal. Esses exames foram feitos às expensas das gestantes, pois não são oferecidos pela rede pública. Apesar de terem que arcar com os custos, umas comentaram que algumas vezes fizeram o exame mesmo sem que este tivesse sido solicitado, apenas para ver “se estava tudo bem com o bebê” ou para identificar seu sexo. Como destacou Chazan (2007: 199), houve uma “transformação do significado do ultrassom obstétrico, de um meio diagnóstico, produtor de um tipo de saber médico, para objeto (...) de consumo e também de lazer”.

enfermeiras, que alegavam que as mulheres poderiam retomar suas atividades, inclusive sexuais, tão logo se sentissem dispostas¹⁰⁶. Mas algumas mostravam-se resistentes, muitas vezes prevalecendo a orientação recebida das mulheres da família¹⁰⁷. Segundo ouviram de suas mães e avós, a quebra dessa interdição poderia levar à loucura e fazer o leite materno “secar”.

Outro tópico que tomou conta da discussão naquele dia foi a questão da disposição sexual – ou a ausência dela – durante a gravidez. Com efeito, esse é um assunto frequentemente debatido pelas gestantes nos grupos educativos. Como de costume, algumas relataram um forte aumento do desejo sexual (“Meu marido agora vive dizendo que está com dor de cabeça”, brincou uma jovem), enquanto outras admitiram um total desinteresse. O medo de machucar o bebê, sentido por algumas mulheres ou por seus parceiros, foi mencionado – em diferentes oficinas e consultas – como um fator que levou à redução ou até mesmo à interrupção total das relações sexuais durante a gravidez.

Em outra oficina, na qual o sexo foi incentivado como uma “tecnologia” que favorecia o trabalho de parto a partir da liberação do hormônio ocitocina pelo próprio corpo, a questão foi novamente motivo de debate. Um dos homens presentes disse que costumava brincar com a mulher falando, na hora do sexo, que iria “dar uns cascudos no moleque!”. Outra gestante contou a piada que seu marido, com quem confessou não ter relações há 7 meses, lhe contara: “Dois gêmeos, ainda dentro da barriga da mãe, estavam conversando. Um perguntou ao

¹⁰⁶ De acordo com Boltanski (1979), “a história da medicina é a história da luta contra os preconceitos médicos do público e, mais especialmente, das classes baixas, contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual, tais como a criação dos recém-nascidos ou a alimentação” (1979: 14). Novamente, sugiro que as observações do autor sobre o assunto podem ser facilmente aplicáveis aos profissionais de enfermagem, que também apresentam-se como divulgadores da ciência oficial, a despeito de, em determinadas situações, buscarem aproximar-se das parteiras “tradicionais”.

¹⁰⁷ A entrevistada Adriana contou em uma oficina que a avó vigiava se ela estava seguindo o resguardo e quando a via andando descalça em casa chamava sua atenção, dizendo que ela iria ficar louca. Adriana riu e disse que não levava a avó a sério, mas em outro momento comentou que estava seguindo o resguardo, apresentando como justificativa o fato de ter brigado com o marido. Como é possível notar, Adriana faz questão de destacar a relação distante que mantém com as crenças e práticas herdadas do passado, ainda que, de alguma forma, siga suas prescrições. As observações de Boltanski sobre o uso de remédios “caseiros” parecem ser interessantes para a comparação: “Trata-se evidentemente de dar a entender que ela [a entrevistada] utiliza esses remédios sem alimentar muitas ilusões sobre seu valor de cura, e principalmente, sem confundir-los com os “verdadeiros remédios” prescritos pelo médico. Dizer que são “remédios caseiros” é distinguir-se ostensivamente daquelas mulheres simples que os utilizam ingenuamente, sem considerá-los assim” (Boltanski, 1979: 25).

outro o que queria ser quando crescer. O primeiro disse “Doutor”. O segundo, “caçador”. “Caçador? Por que?”, perguntou o primeiro. “Para matar essa cobra que todo dia fica importunando a gente!”. As brincadeiras revelam, com humor, um certo incômodo entre os casais em fazer sexo durante a gravidez, momento em que a “mulher” está justamente em vias de converter-se em “mãe”¹⁰⁸. Nesse sentido, a gravidez representa um período liminar, ambíguo, em que a mulher ainda não está investida do novo papel, porém, tampouco, ocupa o mesmo lugar de antes, tal qual propõem estudiosos dos ritos de passagem, como Van Genep (1978) e Turner (1974).

De acordo com Van Genep (1978), os ritos de passagem definem-se como “ritos que acompanham toda mudança de lugar, estado e posição social de idade”. Uma das grandes contribuições de Van Genep diz respeito à busca por discernir os mecanismos básicos que compõem os ritos que acompanham essas transições. E é a partir desse esforço que o autor observa que o rito é composto por fases invariantes, que sofrem pequenas alterações de acordo com o tipo de transição que o sujeito deverá realizar naquele momento de sua trajetória social. Em se tratando das diferentes “etapas” que marcam a vida social – como o nascimento, a puberdade, o casamento, a maternidade/paternidade, a especialização de ocupação e a morte – são realizadas cerimônias diversas que têm em comum o objetivo de marcar a passagem de uma situação a outra.

De forma resumida, é possível dizer que o ritual de passagem caracteriza-se por um padrão, que implica em três fases distintas: separação, liminaridade e incorporação ao grupo. Em um primeiro momento, o sujeito é afastado do grupo, seja do lugar que ocupava na estrutura social ou de um conjunto de condições culturais. Na segunda fase, que corresponde a um período de transição, ambíguo e marginal, o sujeito ritual já não conta com os atributos de que dispunha no passado, porém, tampouco dos que se investirá no futuro. É apenas na última etapa que o sujeito ritual é reincorporado ao grupo, ocasião em que retorna a um

¹⁰⁸ Ao longo das consultas e nos grupos educativos, o sexo é frequentemente incentivado pelos profissionais da CP, não apenas durante a gravidez, mas depois do parto, tão logo a mulher tenha vontade, procurando desmistificar a necessidade do chamado “resguardo”. “Isso ajuda na cumplicidade do casal”, afirmou a enfermeira Zilda em uma das oficinas. É possível que o incentivo ao sexo encontre relação com o projeto de conversão da “mãe” em “mulher”, anteriormente referido.

estado de relativa estabilidade, voltando a fazer parte da estrutura, regida por normas e padrões éticos de que deve compartilhar.

No caso que aqui nos interessa, isto é, nos ritos que envolvem o nascimento do primeiro filho, a mulher adquire um novo papel social, o que converte esta etapa em um rito de passagem não só para o recém-nascido – um neófito, iniciante na vida extra-uterina –, mas também para a mulher, que passa desse status para o de *mãe*. Nesse sentido, a gravidez deve ser entendida como um período liminar, momento em que a gestante, que carrega dentro de si o feto, tem o corpo alterado, não sendo ainda mãe de fato, mas tampouco apenas uma mulher, vivendo os interstícios dessa transição. Quando está à margem, o indivíduo não é mais o que era, mas também ainda não é o que será após a conclusão do rito, sendo, portanto, uma fase de indeterminação social, percebida como delicada ou perigosa.

Em sintonia com a idéia de liminaridade como um estágio transitório e ambíguo, é possível dizer que a gestação, na percepção das mulheres do grupo, é percebida como um momento particular, de intensa variação emocional e corporal, incluindo aí alterações na libido, no humor¹⁰⁹, no paladar¹¹⁰, etc., sendo considerado um momento de oscilação entre os extremos.

Na definição de Luciana, uma das gestantes que participavam da oficina, “a gravidez parece uma TPM que dura 9 meses”. Corroborando a afirmação, uma das mulheres narrou um episódio que disse ter vivido recentemente: “Eu expulsei meu marido de casa: arrumei as roupas dele e ele foi. Uma hora depois liguei e disse: volta!”. Todas riram. Outra comentou sobre as discussões que vinha tendo com os colegas de trabalho: “Uma vez peguei a bolsa e fui embora. Entrei no

¹⁰⁹ Entre as entrevistadas, várias comentaram que havia momentos em que se sentiam mais emotivas e sensíveis, mas também períodos em que se irritavam com facilidade, principalmente com pessoas próximas. “Fiquei mal-humorada, fiquei chata, mas agora passou. No começo eu sentia uma variação de humor do riso para o choro”, disse a entrevistada Denise, no final da gestação. Na oficina de Modificações, várias gestantes fizeram comentários semelhantes, entre elas uma jovem que afirmou se sentir “bipolar”: “num dia feliz, no outro triste”.

¹¹⁰ Algumas comentaram que, por sentirem enjoô, perderam o interesse por determinados alimentos. Outra afirmou que só queria comer comida feita pelos outros, porque enjoou da própria. “Outro dia pedi feijão para a vizinha”, conta. Em oposição ao *enjôo*, isto é, a rejeição a determinados alimentos que antes integravam a dieta alimentar, há os relatos de *desejo*, em que as mulheres revelam um interesse súbito por comer algo nem sempre exótico, mas em horários e momentos que escapam à rotina: “Acordei às 5h querendo comer feijão”, disse uma gestante. “Acordei de madrugada querendo caldo de cana”, revelou outra.

primeiro ônibus que apareceu e fui parar em Marechal [Hermes]¹¹¹. Depois voltei para casa”. Ao ouvir os comentários, a enfermeira afirmou que as mudanças percebidas pelas mulheres eram geradas pelas modificações hormonais – diagnóstico que, aliás, foi feito diversas vezes nas oficinas. “Mas isso depende de cada um e de cada gravidez”, ressaltou.

A idéia de que as emoções resultam do equipamento biológico, segundo Rezende e Coelho (2010), de fato prevalece em algumas áreas disciplinares, bem como na mídia e no senso comum. Um exemplo corriqueiro desse entendimento é a concepção dos hormônios como causadores e/ou reguladores das emoções, expressa pela enfermeira e que estaria no cerne de várias características emotivas associadas aos gêneros. Nessa visão, os hormônios seriam os responsáveis por uma série de reações emotivas que marcariam as várias etapas do ciclo de vida das mulheres, como os dias que antecedem a menstruação, a gravidez, a menopausa, etc. Rezende e Coelho (2010) atentam para o fato de que nessa concepção está implícita a idéia de que as emoções acontecem de maneira independente da vontade dos sujeitos e de que, da mesma forma que haveria uma unidade biológica entre os seres humanos, haveria também uma unidade psíquica.

“Encontramos uma tensão entre a visão da emoção como emanando de uma natureza interior e não social do indivíduo, e a concepção que a toma como qualidade universal de todos os seres humanos. Passaríamos assim do plano da singularidade individual para o universal sem qualquer mediação da sociedade ou cultura.” (Rezende e Coelho, 2010: 23/24).

Apesar de os profissionais que integram a equipe da CP frequentemente destacarem a individualidade das mulheres, no que se refere a suas experiências e reações ao longo da gravidez e no parto, a visão biomédica convencional, quase sempre conflitante com esta, também permeia seus discursos. Em alguns momentos, no entanto, essas contradições ficam mais evidentes.

Ao final da oficina, como havia sido pedido, as gestantes elaboraram uma lista de modificações que consideravam negativas associadas à gestação, na qual incluíram: “alterações de humor, sensibilidade emocional, enjôo, desconforto para dormir, indisposição, dor nas pernas, inchaço nos pés, estrias, manchas na pele, varizes, espinhas e celulite”.

¹¹¹ Bairro localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro.

Já a lista de mudanças classificadas como positivas, redigida pelo outro grupo, incluía: “aumento dos seios¹¹², paparicos/mimos¹¹³, cabelo¹¹⁴, alimentação mais saudável, a mulher fica mais carinhosa, desejos, compras de bebê¹¹⁵, os sentidos ficam mais aguçados, a mulher fica mais bonita e atraente”.

A enfermeira foi comentando cada um dos itens listados, com dicas para tentar minimizar os incômodos apontados. Sobre ganho de peso¹¹⁶, que não chegou a entrar na lista, mas foi mencionado, Bianca fez o seguinte comentário: “Quer ver vocês ficarem com um corpo beleza? Dando de mamar!”, disse ela, acrescentando que amamentação emagrece. Nesse aspecto, o incentivo ao aleitamento materno, que se baseia na valorização do “natural”, presente no ideário da “humanização” como um todo, encontra no padrão de beleza atual um aliado. No entanto, após a observação da enfermeira, uma gestante rapidamente retrucou: “Ah, mas se o peitinho da [cantora] Cláudia Leite cair ela coloca silicone. E a gente?”.

Este comentário e vários outros feitos durante o grupo educativo chamaram a atenção para a grande preocupação dessas mulheres com o corpo e a

¹¹² Parece vigorar no Brasil um novo padrão de beleza, no qual os seios fartos ganham destaque, disputando com a “bunda”, analisadas por Gilberto Freyre, o posto de paixão nacional. O aumento no país da procura por cirurgias para colocação de implantes nos seios parece ter inspiração na sociedade norte-americana, onde há tempos o silicone é usado em larga escala com este objetivo. A gravidez se revela, portanto, um momento em que, ainda que transitoriamente, a mulher alcança ou pelo menos se aproxima desse ideal.

¹¹³ É como se a mulher, por levar no ventre o feto, fosse tratada como a própria criança que está para nascer, sendo alvo de cuidados especiais. O corpo da grávida deixa de ser apenas seu e passa a ser objeto de cuidado e atenção constantes, sendo a gestante vigiada, mas ao mesmo tempo “paparicada” durante os 9 meses subseqüentes.

¹¹⁴ Um das diziam que o cabelo ficava mais bonito, mas a inclusão desse item gerou polêmica, pois algumas lamentaram não poder mais usar produtos químicos, segundo orientação transmitida no pré-natal. “Como eu faço para domar meu cabelo? Vai virar um ninho de cobra!”, reclamou uma gestante. Durante a gravidez, a autonomia que a mulher dispunha sobre seu corpo é parcialmente revogada, em nome da saúde do feto.

¹¹⁵ Sobre o consumo de produtos destinados ao futuro bebê, Chazan (2007) analisa que “ao adquirir objetos para o futuro bebê, a mãe ‘modela’ o feto e revela quem ela própria é, seguindo a lógica contemporânea de consumo de que ‘a pessoa é o que ela consome’. O feto é inserido socialmente, não apenas porque é medicalizado, singularizado, psicologizado, sexuado e nomeado. Sua inclusão social e a construção de sua identidade de gênero passam igualmente pela aquisição de bens de consumo. Em última instância, o novo sujeito – feto-Pessoa – é também um novo consumidor generificado, inserido na rede econômica de trocas (2007: 198/199).

¹¹⁶ Na consulta coletiva de Nutrição, o momento da pesagem era sempre acompanhado de brincadeiras que expressavam o incômodo sentido com o ganho de peso na gravidez: “É preciso mesmo se pesar?”, disse uma gestante certa vez, enquanto outra comentou: “Ela [a balança] não diz a verdade, não pode acreditar nela!”. É possível que a pesagem gerasse tanto incômodo por poder denunciar a falta de disciplina da gestante em relação à alimentação, o que era monitorado pelos profissionais.

aparência, sendo a gravidez e a amamentação considerados momentos ambíguos. Se por um lado trazem efeitos positivos, como os seios fartos e o crescimento da barriga, que atraem a atenção, fazendo com que se sintam mais bonitas, por outro, esses estágios podem trazer outras transformações corporais indesejadas e, em alguns casos, até mesmo irreversíveis. Assim, “estrias, manchas na pele, varizes, espinhas e celulite” ocuparam parte significativa da lista de aspectos negativos associados à gravidez, além da já mencionada preocupação sobre como ficará o seio após a amamentação.

É interessante que situação bastante diversa foi observada por Paim (1998) em pesquisa com gestantes e puerperas de classe popular em Porto Alegre. De acordo com a autora, elas exibiam, sem constrangimentos ou julgamentos, “as marcas permanentes que a experiência da maternidade deixou em seus corpos” (1998:44), tais como: estrias na barriga e nos seios, ventre avantajado, corte de cesariana, entre outras. Na avaliação de Paim, não houve uma preocupação em prevenir tais “marcas”, pois estas funcionariam como registros do status de mulher adulta, alcançado através da maternidade.

Apesar de ambos os grupos pertencerem a camadas populares, acredito que o fato de as mulheres com as quais tive contato viverem no Rio de Janeiro não deve ser menosprezado. Tecendo considerações sobre a vida na cidade, Goldenberg (2004) chama a atenção para o fato de que as praias e as altas temperaturas durante a maior parte do ano favorecem o “desnudamento” dos corpos. Isso contribui, segundo a autora, para que a aparência física assuma uma centralidade na vida das pessoas, que também ocorre em outros espaços, mas aqui se torna muito mais evidente. Com base em suas pesquisas, Goldenberg constata que “a preocupação com a aparência e a juventude se tornou uma obsessão entre as cariocas” (2004: 48). É certo que a autora concentrou suas investigações em mulheres de camadas médias, mas ao que tudo indica as gestantes que fazem o pré-natal na casa de parto encontram, nesse aspecto, mais semelhanças com suas conterrâneas do que com as mulheres de camadas populares pesquisadas por Paim (1998), em Porto Alegre.

3.4. A família em rede

Há anos dedicando-se a pesquisar o tema da família em camadas populares, Duarte (1995) e Fonseca (2000) destacam em seus estudos que a maioria das afirmações evocadas no senso comum sobre a instituição “família” no mundo ocidental moderno adota como premissas as características do universo de camadas médias, no qual predomina um modelo individualizante de família: a chamada “família nuclear”, identificada com a modernidade.

Isso fez com que outros formatos da família contemporânea fossem, durante muito tempo, interpretados como uma oposição à norma e não como um “modelo alternativo”. O que ambos os autores advogam, respaldados por uma vasta bibliografia sobre o tema, é que existem diferenças significativas no que se refere à organização familiar dos grupos populares, o que, por sua vez, deve conduzir à busca pela coerência interna dessas práticas e não percebê-las como variantes do modelo hegemônico.

De acordo com Duarte, uma diferença crucial diz respeito à “fraca subordinação da cultura desses grupos de nossas sociedades à ideologia individualista e da concomitante preeminência de uma visão relacional e hierárquica de mundo” (1995: 33). Nesse modelo de família há um reconhecimento da diferença complementar dos membros do grupo doméstico e um “comprometimento não com a produção de indivíduos mas com a de Pessoas relacionais” (1995: 33).

São características fundantes dessa relacionalidade as redes de ajuda mútua, parte de um sistema de obrigações recíprocas, do qual a “circulação de crianças” (Fonseca, 2006) é apenas mais um elemento da dinâmica que orienta a organização familiar. Segundo Sarti (2011), a noção de “rede” é fundamental para a compreensão do significado da família nesses segmentos:

“A família pobre não se constitui como um **núcleo**, mas como uma **rede**, com ramificações que envolvem a rede de parentesco como um todo, configurando uma trama de obrigações morais que enreda seus membros, num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos” (grifos no original, 2011: 70).

Na visão da autora, a importância da família nas camadas populares se assenta, em grande medida, na incapacidade das instituições públicas de substituírem as funções privadas do grupo doméstico, haja vista a precariedade dos serviços públicos de educação, saúde, previdência, amparo à velhice e à infância.

Sem negar a predominância da hierarquia nesses segmentos, estudos mais recentes (Machado e Barros, 2009, Duarte e Gomes, 2010, Machado, 2001) buscam apontar as possíveis combinações entre os valores que pautam o ideário individualista e os preceitos relacionais e hierárquicos que estruturam a subjetividade nas camadas populares. Segundo Duarte e Gomes (2010), isso se deve à difusão permanente de valores associados às “cosmologias modernas” – como mercantilização, igualitarização e liberalização do espaço público –, que pouco a pouco vêm provocando mudanças em todas as esferas sociais.

Em “Três Famílias: Identidade e trajetórias transgeracionais nas classes populares” (Duarte e Gomes, 2010), por exemplo, os autores observam haver entre as famílias investigadas uma conciliação do modelo nuclear e conjugal de família com um modelo de família extensa, “aberta e porosa à relacionalidade englobante”, na qual há espaço para as relações de vizinhança, compadrio e parentesco.

Os autores destacam que os casos mais extremos de auto-afirmação individual, no entanto, acabam gerando um afastamento do grupo de origem, o que provoca rompimentos mais ou menos intensos com essa ideologia, diminuindo a solidariedade entre a parentela.

3.4.1.

O parto: uma decisão muitas vezes coletiva

Considerando a prevalência da relacionalidade e da hierarquia na estruturação da família nas camadas populares não é de surpreender que durante a pesquisa se tenha observado que para a gestante seguir adiante no pré-natal e dar à luz na CP é fundamental o apoio da família – em especial do companheiro e da mãe. Isso significa que o plano de ter o filho ali deve ser encampado pela família, fazendo com que as decisões relativas ao parto assumam um caráter coletivo.

Observação semelhante foi feita por Fonseca (2006), que afirmou estar convencida de que nas camadas populares as decisões envolvendo as crianças (seja como criá-las, escolarizá-las e até mesmo o número considerado desejável) “não estão de maneira alguma confinadas ao casal” (2006: 32). Nesse sentido, eu diria que o parto, na medida em que envolve a criança que está por nascer, pode ser compreendido como estando inserido no processo de coletivização que permeia a dinâmica familiar nesses segmentos.

Possivelmente este é um dos motivos que leva a equipe da CP a incentivar as gestantes a trazerem os parentes nas consultas e grupos educativos, de modo que não apenas a mulher, mas todos se familiarizem – aliás, um termo bastante apropriado – com a proposta da “casa”. “Para parir aqui a mulher precisa que a família esteja junto dela”, comentou certa vez a enfermeira Susana.

Essa aproximação se revela ainda mais necessária na medida em que os dois acompanhantes aos quais a mulher tem direito no momento do parto são, em geral, selecionados entre os membros da família. Como no modelo de parto proposto o acompanhante não deve ser um mero espectador, mas espera-se que assuma algumas funções durante o trabalho de parto (como fazer massagens e dar apoio físico e emocional à parturiente, assumindo o papel que nas camadas médias muitas vezes é ocupado pela doula), a preparação não só da gestante, mas também daqueles que estarão com ela no momento do parto é vista como fundamental. Com efeito, o comentário feito pela enfermeira Ingrid aponta nessa direção: “O parto aqui é diferenciado e se as pessoas não vêm antes, não acompanham, elas não entendem”, afirmou, reforçando a importância da presença da família nas oficinas.

Outro motivo para que a decisão de dar à luz na casa seja tomada em conjunto diz respeito ao fato de que, como já referido, nas camadas populares o conceito de família está ancorado nas redes de ajuda mútua. No caso das crianças, essa rede é acionada de maneira ainda mais evidente: a partir da “coletivização” das responsabilidades dentro do grupo de parentesco, como observou Fonseca (2006) em pesquisa sobre a prática de “circulação de crianças” nesse segmento. Esta prática pode ser acionada, por exemplo, nas situações de ruptura e instabilidade familiar, quando a mulher decide “dar para criar” seus filhos ou

algum deles, ainda que temporariamente. Mas mesmo no cotidiano, em especial nos casos em que a família extensa compartilha uma mesma casa ou “quintal”¹¹⁷, os cuidados com a criança costumam ser compartilhados por diferentes membros da família.

Diante desse cenário, a CP se esforça para promover a aproximação da família de origem – e não apenas da família nuclear –, sendo seus membros constantemente convidados a participar dos grupos educativos¹¹⁸ e a acompanhar a gestante nas consultas do pré-natal. Eugênia, coordenadora da CP, justifica o investimento feito pela equipe nessa aproximação:

“No nascimento não nasce só a mãe, não é? Nasce uma família. É avó, avô, tios e essa família vai ser a rede de apoio dessa mulher. Essa mulher passa um tempo com a gente [na casa de parto], mas o tempo maior é em casa com essa família. Então essa família precisa acreditar na ‘casa’ também, porque senão... se a família não acredita, como é que essa mulher vai dar conta de acreditar? Então é por isso que a gente fala que a casa de parto trabalha a família. A gente valoriza muito a presença da família. Quando a família não consegue estar presente, quando ela [a gestante] vem muito sozinha, a gente sinaliza no prontuário. A gente pede para a família vir. (Eugênia)

As reflexões de Duarte et al. (1993) parecem ser de grande valia para compreender o dilema em que se encontram os profissionais da CP, pois ao mesmo tempo em que procuram cultivar e disseminar os valores articulados pela “individualização”, “racionalização” e “responsabilização” – necessários ao processo de “cidadanização” e de construção de uma “nova mulher”, com o qual estão comprometidos –, não podem romper com a família de origem da gestante, uma relação que é marcada justamente pela hierarquia e gradação (DaMatta, 1991).

Dessa forma, a equipe da casa de parto parece se confrontar com algo semelhante ao que seria o “paradoxo do bairro popular”, referido pelos autores. Segundo eles,

¹¹⁷ Fonseca (2005) usa o termo “pátio”, mas a categoria nativa aqui utilizada é “quintal”. Segundo a autora, “muitos dos moradores de bairros pobres pensam não em termos de ‘casa’, mas sim em termos de ‘pátio’. Em um terreno, por menor que seja, sempre tem lugar para construir mais uma ‘puxada’” (2005: 53). No Rio de Janeiro, em vez de “puxada” diríamos “puxadinho”. Ainda que com esses pequenos ajustes semânticos, a prática e os significados atribuídos a essas categorias parecem ser os mesmos.

¹¹⁸ Há inclusive uma oficina, que não é realizada de forma regular, mas que está direcionada às avós.

“o processo primordial da cidadanização é o da ‘individualização’, que pressupõe uma série de mudanças ideológicas e societárias entre as quais avulta a desenfaturização crescente dos laços de parentesco e de vizinhança e um regular afrouxamento da superposição e/ou intensidade de suas redes” (Duarte et al., 1993: 9)

Contudo, diante da realidade e forma de organização das camadas populares, a estratégia dos “agentes de cidadanização” em relação à população desses segmentos centra-se na preservação, consolidação e manutenção dos bairros populares, em geral através de suas associações de moradores (Duarte et al., 1993). No exemplo da casa de parto, parece ocorrer algo semelhante, uma vez que a aproximação com a família de origem, incentivada pela equipe, atua no sentido de reforçá-la e fortalecê-la. A questão, porém, é que, segundo os autores, com essa estratégia “se tende a coibir (...) o processo da ‘individualização’ (e seus corolários) pelo reforço de entes intermediários de pertencimento, que ocupam parte da ‘responsabilização’ pretendida (Duarte et al., 1993). Ou seja, dessa forma, o processo de individualização pretendido se vê ameaçado.

A CP, no entanto, não consegue se ver livre desse paradoxo, pois, como constatado diversas vezes ao longo da pesquisa e também exposto por Eugênia, se a família de origem da gestante (especialmente a mãe) não compactua com o modelo de assistência proposto, há grandes chances de a mulher, mesmo tendo feito o acompanhamento pré-natal, não dar à luz ali. O caso relatado por Eugênia é bastante ilustrativo:

“Na semana passada a [residente] Pâmela foi atender uma gestante que veio com a mãe. A primeira vez que a mãe entrou na casa, a mãe destratou a Pâmela. Quando a [enfermeira] Ingrid entrou, ela destratou a Ingrid, dizendo que nunca viu disso, uma casa de parto que não tinha médico e que não sei o quê, que a gente estava ilegal, falando um monte de besteiras. Falou aqui fora, falou lá dentro do consultório... Aí a [diretora] Lúcia pediu para eu conversar com ela [a gestante], porque ela viria na quarta-feira. E quando eu fui conversar ela falou que, realmente, era muito conflito, porque as pessoas não queriam que ela parisse aqui. Todo mundo ficava falando um monte de coisa, mas que ela queria muito parir aqui. Porque onde ela ia ter uma suíte só para ela e para o filho, onde ela pudesse ficar longe de perturbações da cabeça? E quando ela veio conversar, ela me lembrou disso. Mas, assim, o pai da criança não dá conta dela, sumiu. Não quer apoiar e quem está dando conta dela é a mãe. E a mãe falou com ela que se ela parir aqui, pode esquecer que ela existe. Eu virei para ela e falei: “Poxa, mas então é melhor que, realmente, você vá ter seu bebê na maternidade, porque como é que vai ser depois? Você precisa da sua mãe”. E aí, a gente viu... só confirmou: se a família não compra a idéia, faz isso. Como ela não é empoderada e depende financeiramente da mãe, ela vai baixar a cabeça”.

Como é possível observar a partir desse relato, é comum que nos casos em que não haja uma adesão coletiva ao modelo de atendimento e cuidado oferecido pela casa de parto, as gestantes vejam-se diante de um grande conflito. Nessas situações, não é raro que, quando em trabalho de parto, a mulher acabe sendo levada para maternidades próximas.

É preciso dizer também que um fator que contribui para que isso aconteça é o protocolo da CP de internar a parturiente apenas quando o trabalho de parto é considerado efetivo, a partir de 4 ou 5cm de dilatação. A incompreensão de pessoas da família, acostumadas com a prática hospitalar de – nos casos em que há leitos disponíveis – internar a mulher ao primeiro sinal de trabalho de parto, algumas vezes fala mais alto.

A enfermeira Bianca justifica o protocolo da CP:

“Nada melhor do que a casa da gente, por mais que a gente se esforce para tornar a ‘casa’ aconchegante. Em casa você pode namorar, relaxar, comer um doce... ficar aqui causa ansiedade, atrapalha, a mulher fica tensa, ainda mais quando vêm muitas pessoas junto. Ela quase tem que dar satisfação para as pessoas que estão esperando”.

O risco, no entanto, é de que a família confunda o que é parte de um modelo de assistência, isto é, de um projeto de parto e nascimento, com falta de assistência ou, o que é pior, com um “castigo”: sem “ajuda” de episiotomias, ocitocinas e com internação “tardia”¹¹⁹. É o que na vizinhança é chamado, pelos críticos, de “parto da idade da pedra”.

¹¹⁹ Teresa, uma das enfermeiras da casa, conta que às vezes a própria parturiente ou seu acompanhante empurram a barriga para baixo, fazendo uma pressão que lembra um procedimento chamado “Manobra de Kristeller”, realizado com frequência nos partos hospitalares. Teresa acredita que os que fazem esse procedimento provavelmente já viram em outros lugares e acham que “ajuda” no parto.

O sumiço de Rita

Encontrei-me com Rita algumas vezes durante o trabalho de campo. Assisti a uma de suas consultas no pré-natal, estive em uma oficina onde ela também estava presente e conversamos algumas vezes na sala de espera enquanto ela aguardava para ser atendida. Rita é negra, tem cabelos crespos na altura dos ombros, dentes projetados para frente, aparentando ter chupado dedo ou chupeta por muito tempo, e parecia estar acima do peso. Ela é bastante falante e extrovertida. Naquela tarde, sentei-me ao seu lado na sala de espera. A sala estava vazia e Rita deve ter sido uma das primeiras a chegar para as consultas da parte da tarde.

Ela contou que engravidou perto do Ano Novo, de um rapaz com quem teve um relacionamento fortuito e com quem pouco teve contato ao longo da gestação. No início da gravidez teve muitas dúvidas, foi difícil aceitar, mas contou com o apoio da mãe, que achava que ela, aos 24 anos, já estava mesmo passando da hora de lhe dar netos. Rita é filha única por parte de mãe e, apesar da proximidade que parece haver entre as duas, não moram juntas. A mãe reside na Baixada Fluminense e ela em um dos bairros das redondezas. Durante a conversa, Rita contou que antes morava sozinha, mas que há alguns meses a irmã (por parte de pai) e o sobrinho foram morar em sua casa, depois de uma separação conjugal conflituosa. Rita ajudava a cuidar do menino quando não estava em seu horário de trabalho, em uma fábrica de embutidos. Ela estava no fim da gestação e dizia que estava ficando muito cansada para ir trabalhar. Estava pensando em dar logo entrada na licença-maternidade.

Ao longo da conversa perguntei o que sua família achou dela fazer o pré-natal na casa de parto e, em breve, dar à luz seu bebê ali. Ela contou que sua mãe, que nunca tinha visitado a CP, sempre se mostrou bastante insegura pelo fato de não haver médicos e preferia que Rita tivesse o parto em uma maternidade. Insisti um pouco mais nesse tópico da conversa e ela disse que sua mãe apenas se tranqüilizou depois que a irmã de Rita lhe avisou que não se preocupasse, pois, na hora do trabalho de parto, a futura avó poderia levar a filha para onde quisesse, pois esta não estaria em condições de decidir. A mãe concordou com o que dissera

e apaziguou. Rita falou sobre isso com um sorriso no rosto, demonstrando certa anuência, sem esboçar qualquer reação à atitude, já anunciada, de sua mãe.

Recordo-me de ter visto Rita na semana seguinte, novamente enquanto aguardava uma consulta. Ela cochilava na cadeira de balanço, já com 39 semanas de gestação. Mas depois nunca mais a vi. Nem seu nome foi incluído no livro onde se registram as mulheres que deram à luz na CP ou naquele onde constam os casos em que houve necessidade de transferência.

A cesárea de Taiane

Taiane foi, acompanhada da mãe e com a filha recém-nascida nos braços, a uma “Roda de conversa”. Esse encontro reúne puérperas que freqüentaram a CP para contarem sobre suas experiências no pré-natal e no parto. O intuito, explicou a enfermeira durante a reunião, é ter um retorno das mulheres sobre o serviço prestado e o que poderiam fazer para melhorá-lo. É também uma forma de saberem como foi o atendimento prestado na maternidade de referência, nos casos em que houve transferência. A adesão à “Roda de conversa”, no entanto, costuma ser baixa e o agendamento é feito durante as consultas de revisão do bebê. No dia em que conheci Taiane, na véspera do Natal, participaram da “Roda” apenas ela e mais uma puérpera. É certo que a data e o calor que fazia naquela tarde não contribuía muito para que as demais mulheres agendadas comparecessem com seus bebês recém-nascidos.

Taiane tem 17 anos, é branca, tem baixa estatura e os cabelos longos castanhos. Usava naquele dia um decote que exibia os seis fartos e um short, curto e justo, que à primeira vista não combinavam com a timidez que a jovem revelava ao falar. A mãe, que a acompanhava e passava mais tempo com o bebê no colo do que a filha, tinha a pele envelhecida pelo sol e possivelmente devia ser mais jovem do que aparentava.

A enfermeira que conduzia o encontro naquela tarde era Bianca, que estava acompanhada por Tânia, assistente social da CP. Logo que entrou na sala Bianca disse em tom de brincadeira – mas não sem esconder uma pequena repreensão – que iria fingir que não estava vendo que a filha de Taiane estava com

uma chupeta na boca¹²⁰. A jovem riu, com algum constrangimento, e guardou a chupeta na bolsa. Em seguida, Bianca pediu que ela relatasse como foi o parto de sua filha.

Taiane contou que deu à luz em um parto cesáreo em um hospital localizado no mesmo bairro da CP. Em seguida, justificou que foi levada para lá pelo marido e pela sogra porque o hospital era mais próximo de sua casa. Bianca se mostrou surpresa com a notícia e questionou por que Taiane fez o pré-natal na casa de parto se era longe do lugar onde morava. A enfermeira tentou ser delicada, mas não escondeu a decepção. Ela disse que precisava respeitar a decisão de Taiane, mas explicou que a equipe da CP presumia que as mulheres que ingressavam no pré-natal o faziam porque queriam dar à luz ali. Lamentou que todo o trabalho, tanto de Taiane, ao participar dos vários grupos educativos, quanto dos profissionais da CP, que investiram ao longo dos 9 meses para que ela estivesse preparada para um parto “natural”, tivesse sido em vão. Bianca continuou e afirmou que se a cesárea a qual ela foi submetida fosse realmente necessária Taiane teria sido submetida à cirurgia mesmo que tivesse ido inicialmente para a casa de parto, pois os profissionais a teriam encaminhado para a maternidade. Ainda demonstrando certo inconformismo, a enfermeira perguntou se Taiane sabia o motivo pelo qual havia sido feita uma cesariana. A mãe tomou a palavra e respondeu pela filha, dizendo que o bebê estava “alto” e “não descia”. “Eles empurraram, mas ela não descia”, justificou. Bianca continuou dirigindo-se à Taiane, apesar da intervenção da mãe, e perguntou se ela ficou deitada durante o trabalho de parto. Ela contou que sim, porque sentia muita dor nas costas. A enfermeira disse que na CP o acompanhamento teria sido diferente, pois a estimulariam a usar a água quente do banho para aliviar as dores, a fazer exercícios e a se movimentar, o que poderia ter favorecido a passagem do bebê pelo canal de parto.

A assistente social, que também estava presente, não se conteve e manifestou-se, lembrando que os profissionais da CP já atenderam quase 2 mil

¹²⁰ O uso de chupeta e de mamadeira é condenado na CP, em consonância com recomendações do Ministério da Saúde, pois acredita-se que representa uma ameaça à amamentação. É possível que isso ocorra também porque esses elementos são percebidos como “artificiais”, em contraposição ao valor atribuído ao “natural” naquele contexto.

partos e que “sabem o que fazem”. Ela falou da “grande chance” que as mulheres tinham ali de ter um parto “humanizado” pelo sistema público de saúde e deu como exemplo a modelo Gisele Bündchen, que pagou caro para ter um parto como o oferecido ali. Tânia mencionou ainda o caso de uma gestante, que morava em Copacabana e estava fazendo o pré-natal na CP, sobre a qual ouviu falar quando morava no exterior¹²¹.

Mãe e filha ficaram um tempo caladas, constrangidas com a situação e possivelmente arrependidas de terem ido ao encontro, do qual acabaram tornando-se o foco principal. Em seguida, Bianca pediu que Taiane retomasse o relato de seu parto. Taiane iniciou o depoimento, mas foi interrompida pela mãe diversas vezes, até que esta acabou assumindo a palavra. Buscando enfatizar os pontos negativos da experiência e conquistar a solidariedade das profissionais da CP, ela contou que, depois do parto, a filha ficou 10 dias internada no hospital, porque teve rejeição aos pontos. A enfermeira fez algumas perguntas para compreender melhor o que havia se passado e, aos poucos, a mãe detalhou a história. Segundo ela, Taiane teve uma hemorragia durante o parto e, por conta disso, ficou anêmica e precisou receber transfusão de sangue. “Quando eu levantava eu não conseguia controlar o meu corpo”, disse Taiane. Indagada por Bianca, ela afirmou que, ao todo, recebeu três bolsas de sangue. Diante desse quadro, nos primeiros dias não pôde amamentar a filha – que naquele momento dormia no colo da avó, sem se incomodar com a conversa. Todas na sala ficaram comovidas com o relato.

Ao fim da “Roda de conversa”, a enfermeira convidou as duas puérperas a retornarem à “casa” para visitar e trazer as crianças, dizendo que seriam sempre bem-vindas, inclusive para fazer o pré-natal novamente. Bianca, no entanto, logo

¹²¹ A entrevistada Adriana também compartilha dessa percepção: “Antigamente, só tinha [parto na banheira] quem tinha dinheiro, não é?”. Como é possível notar, o parto “natural” e “humanizado” é associado pela equipe da CP e, talvez como consequência disso, também pelas mulheres, a uma determinada classe social, isto é, aos segmentos médios e altos, tendo sido de fato onde inicialmente disseminou-se a proposta. Através dessa associação, os profissionais tentam fazer com que as mulheres de camadas populares valorizem a proposta de parto impulsionada pela CP, que nesse contexto reveste-se de status, posto que considerada um atributo ou sinal diacrítico das classes dominantes. Uma matéria publicada no ano passado no Diário Oficial e postada no blogue da CP procura reforçar essa ideia, a partir da associação entre as experiências de parto de Kate Middleton, esposa do príncipe William, no Reino Unido, e a de uma mulher que deu à luz na CP no mesmo dia e horário. A matéria encontra-se disponível em: <http://smsdc-casapartido.blogspot.com.br/2013/12/publicado-no-diario-oficial-do.html>. Último acesso em 25/02/2014.

se retratou e lembrou que Taiane, por ter feito uma cesárea, não poderia mais fazer pré-natal ali. A partir daquele momento, ela escapava ao rígido protocolo da CP.

A firmeza de Raquel

Conheci Raquel em uma oficina, no início da sua terceira gestação. Ela já havia dado à luz na CP e estava retornando, depois de ter engravidado sem planejar. Moradora do bairro, ela trabalhava como operadora de caixa e sustentava a família com sua renda, pois o companheiro estava desempregado.

Raquel completou o ensino médio, é comunicativa e bastante articulada. Ela contou que, no início da gravidez anterior, teve um pouco de receio por não terem médicos na CP, mas que ao participar dos grupos educativos acabou “pegando segurança”. Na época ela tinha 24 anos e estava grávida do segundo filho. Na última consulta do pré-natal, um exame de toque detectou que já estava com 6cm de dilatação, apesar de não estar sentindo nada. “Eles me examinaram, examinaram meu líquido, examinaram tudo e viram que eu estava bem”. Raquel ficou em observação até meia-noite, quando recomendaram que fosse para casa e retornasse pela manhã. “Vim e continuava a mesma coisa”. Segundo ela, o “líquido” estava claro e ela ainda não havia entrado em trabalho de parto. Mais uma vez sugeriram que fosse para casa e, de acordo com Raquel, deram a seguinte orientação a seu marido: “Dá um trato nela, porque eu quero ela aqui de volta à noite”.

No entanto, o retorno para casa, sem o bebê nos braços, começou a preocupar os que ansiosamente o aguardavam. “A vizinha começou a encher a cabeça da minha mãe e aí ela ficou com um pouco de medo. Apesar dela ser mãe de seis filhos, ela começou a ter um pouco de medo, entendeu? Aí elas começaram a assustar o meu marido: ‘Leva essa garota para o hospital. Vai passar da hora dessa criança nascer!’”. Diante da pressão sobre o marido para que tomasse uma atitude à sua revelia, Raquel se posicionou: “Aí eu falei assim: ‘Gente, quem está fazendo o pré-natal lá sou eu e quem tem confiança lá sou eu.

Então eu só vou sair daqui se for para a casa de parto, para ter neném lá. Eu não vou sair daqui para mais nada”. O marido a apoiou: “A decisão é dela e ela não quer ir para outro canto. Então a gente vai esperar o horário dela”. Na manhã seguinte, Raquel entrou em trabalho de parto e deu à luz na CP.

A autonomia das mulheres e o apoio ou não de seus companheiros parecem ter influência direta no desfecho dos partos das gestantes que fazem o pré-natal na CP. No caso de Rita, ela já não se relacionava com o pai do bebê, com quem teve apenas um encontro fortuito. Na prática, era com sua mãe que contava e compartilhava a gravidez – o que não é incomum entre as gestantes ali – e esta se mostrava bastante reticente em relação à CP, que nunca havia visitado, pois mora em outro município.

Já Taiane é adolescente, não trabalha nem estuda e mora com a família do companheiro, que tem 22 anos. Ela conta que ele esteve uma vez na CP, mas ficou com vergonha de participar do grupo educativo, porque havia poucos homens presentes. Na prática, a jovem foi acompanhada quase sempre pela mãe nas oficinas e consultas, mas, na hora em que entrou em trabalho de parto, ela não estava presente. Sem o apoio da mãe, Taiane acabou sendo levada pela sogra e pelo companheiro a um hospital próximo.

No caso de Raquel, a postura segura diante da oposição manifestada pela mãe e pela vizinha, além do apoio do marido, foram fundamentais para que desse à luz na CP. É curioso que a mãe de Raquel, vendo frustradas suas tentativas de convencer a filha, tenha pressionado o genro para que tomasse uma atitude à revelia da esposa, o que aponta para a percepção, naquele contexto, da ascendência do homem sobre a mulher. É possível que o posicionamento firme e independente de Raquel encontre respaldo em sua autonomia financeira, associada à situação de desemprego do marido. De fato, Sarti (2011) chama atenção para como a perda do emprego, no caso do homem, priva-o das referências fundamentais de sua identidade social, qual seja: a de trabalhador/provedor/pai de família. Trabalhando como operadora de caixa, Raquel sustenta a família, ocupando o espaço que, em tese, seria o de seu parceiro.

“Nos casos em que a mulher assume a responsabilidade econômica da família, ocorrem modificações importantes no jogo de relações de autoridade e, efetivamente, a mulher pode assumir o papel masculino de ‘chefe’ (de autoridade) e definir-se como tal”. (Sarti, 2011: 67)

Para concluir, arriscaria dizer que o posicionamento autônomo da jovem perante a família pode ser interpretado como fruto da incorporação de alguns valores do ideário individualista, favorecidos por uma série de fatores. Entre eles, a escolaridade (Raquel tem ensino médio completo), a inserção no mercado de trabalho e, não menos importante, o acompanhamento do pré-natal na CP, através do qual foi exposta a valores alinhados com esse ideário, tendo como foco a (trans)formação da mulher.

3.4.2. A vizinha

Ao longo da pesquisa de campo deparei-me diversas vezes com relatos que sugeriam a relevância e a presença da vizinha na vida das mulheres investigadas. Raquel, que comentara a influência da vizinha sobre sua mãe para que a levasse à maternidade, conta que foi também uma vizinha que, anos antes, acudira sua mãe depois que esta deu à luz em casa, sem que tivesse planejado; Marisa, que dissera ter pedido ajuda à vizinha quando, no meio da madrugada, a bolsa de águas rompeu e o namorado estava de “serviço” no quartel; Joana, que revelara ter pedido feijão à vizinha depois que sentiu o cheiro do refogado e ficou com “desejo”; Lara, que comentara ter sido a primeira entre as vizinhas da rua a ter um parto “natural”; além dos incontáveis relatos de que fora a vizinha que recomendara a casa de parto, ou, justo ao contrário, de que esta havia criticado a gestante, após ter notícia de que pretendia dar à luz ali.

Sarti (2011) concentrou sua pesquisa na periferia de São Paulo, mas suas observações parecem fazer sentido também para se refletir sobre as relações de vizinhança e sociabilidade no subúrbio carioca. A autora destaca que no contexto da periferia o vizinho é muito mais do que alguém que mora ao lado: trata-se de uma “sucursal da casa”. A lógica que prevalece nas camadas populares é a de que as relações de parentesco se estabelecem a partir de uma relação de confiança (e não necessariamente por vínculos consanguíneos), o que abre caminho para que, com frequência, o vizinho seja percebido como um parente. Um recurso para essa

conversão é o chamado “compadrio”, que busca consolidar os laços de amizade. Não por acaso o compadrio envolve as crianças, uma vez que é em torno do cuidado com elas e das atividades domésticas que principalmente se baseiam as relações com a vizinhança no caso das mulheres.

Segundo Sarti (2011), as relações de vizinhança operam a partir de uma lógica de obrigações morais, que de maneira geral caracteriza a sociabilidade nas camadas populares. Essa lógica tem como premissas dar, receber e retribuir, ainda que a retribuição não seja imediata – e, portanto, aí reside a importância de que o vínculo se estabeleça com alguém em quem se possa “confiar”. Assim, o vizinho, com quem se estabelece uma relação de amizade, em quem se confia e pode mesmo ser considerado um parente, torna-se o “espelho”, isto é, “o ‘real-imediato’ que serve de parâmetro para a elaboração da identidade social” (Sarti, 2011: 116).

3.4.3. Mãe, sogra, avó

Diversas vezes durante a pesquisa as gestantes referiram-se ao bom relacionamento que mantinham com suas mães: “Minha mãe é minha melhor amiga”, “minha mãe é uma das pessoas mais importantes da minha vida”, etc. A sogra, diferentemente do imaginário jocoso popular, também apareceu algumas vezes como uma pessoa bastante próxima (“Minha sogra é como uma segunda mãe para mim”, disse Monique), tendo em um dos casos até mesmo tido o privilégio de escolher o nome da neta que iria nascer. Em algumas situações, o mesmo parece se estender à avó, figura que, para determinadas mulheres, ocupava o papel de mãe, inclusive ajudando na “criação” dos netos. Com efeito, mais da metade das entrevistadas (52%) informou morar com outros membros da família, como pais, sogros ou avós. Talvez não por coincidência, o mesmo número de gestantes relatou que teve (ou que desejaria ter, no caso das que ainda estavam grávidas) a mãe, sogra ou avó como uma das acompanhantes no momento do parto.

Como no relato de Rita, foi possível notar que muitas vezes a gestante acaba compartilhando os assuntos da gravidez e do parto principalmente com essa figura feminina (seja a mãe, a sogra ou a avó), com quem deverá em um futuro

próximo compartilhar também os cuidados com a criança¹²². Em algumas situações, em especial na ausência do parceiro, é a mãe da gestante quem “assume” a gravidez, principalmente em se tratando das adolescentes.

Solange, mãe de Tatiana

Alta, negra, robusta e muito ativa, Solange, que iria se tornar avó aos 36 anos, falava da neta que ainda estava na barriga da filha como se mãe dela fosse. Ela saiu do trabalho no supermercado para poder acompanhar a gravidez de Tatiana, de 19 anos, que morava com ela, o pai, os irmãos e a avó, em uma favela em um bairro próximo à CP. Do ex-namorado da filha, ela fazia duras críticas e afirmava com veemência que não queria que ele registrasse o bebê: “Ele nunca deu nada, nem uma camisetinha de pagão de 3 reais. Mas dinheiro para maconha ele tem!”, disse Solange, em voz alta durante nossa conversa na sala de espera. A filha, sem parecer se incomodar com os comentários da mãe, assentia com a cabeça. “Senão depois a outra avó vai querer reivindicar seus direitos, ficar com a criança nos finais de semana”, acrescentou, revelando o que parecia ser seu maior incômodo. Mas se Tatiana não negava a falta de participação do pai na gravidez, ela discordava da mãe sobre o registro, pois dizia lhe desagradar a idéia de não constar na identidade da filha o nome do pai: “Ela tem pai, eu sei quem ele é”, argumentou, parecendo estar mais preocupada com o fato de que a ausência de pai no documento pudesse revelar certa promiscuidade de sua parte. O assunto ainda estava sendo negociado por ambas.

Sobre o ingresso no pré-natal da casa de parto, Solange também tratou como se a decisão tivesse sido sua. Contou que um dia chegaram 15 minutos atrasadas para a consulta no “postinho” (como as gestantes costumam referir-se aos postos de saúde localizados próximo a suas casas) e não foram atendidas. Solange decidiu que não voltaria mais ali. Por indicação de uma vizinha, foram até a casa de parto. Tatiana já estava com quase 7 meses de gravidez e a mãe

¹²² Fonseca (2006) destaca que, nesses casos, há uma coexistência de laços de “sangue” e de “criação”, que conferem à “avó” da criança um alto poder de manipulação de demandas (sobre a criança ou usando-a como instrumento para outras reivindicações), uma vez que se inscreve na relação hierárquica entre mãe e filha.

arrependia-se de não terem ido antes: “Aqui parece uma família, as consultas são longas como uma conversa e a mãe [da gestante] pode participar”, explicava os pontos que considerava mais positivos.

Em seguida, perguntei sobre seus partos e ela contou que teve 3 filhos. O primeiro, aos 17 anos, teve em uma clínica particular, mas Solange avaliava que não tinha sido tão bem tratada quanto a filha era na “casa”. Na ocasião, ela levou o “corte” e tomou “soro”, o que acha que tornou o parto muito doloroso. No segundo filho resolveu fazer diferente: “Eu quis fazer força em casa para ter meu filho ali mesmo, como na ‘roça’”. Ela contou que a inspiração veio da mãe, que tivera 12 filhos em casa. “Não me parecia tão difícil”, disse. Na última hora, no entanto, acabou indo para o hospital e deu à luz o bebê em seguida, sem “soro” ou “corte”. “Foi natural”, afirmou Solange, usando um termo com o qual se tornou familiarizada depois que a filha começou o pré-natal na “casa”. “Eu que chamei a enfermeira para avisar que o bebê estava coroadando”, disse, considerando, possivelmente aos olhos de hoje, ter tido uma experiência positiva. O terceiro nasceu de cesárea, porque ela resolveu “ligar as trompas”. “Sinto um incômodo no corte até hoje, é muito ruim”, afirmou, queixando-se da cirurgia.

Foi possível notar que a experiência de parto de mães e avós costuma permear a narrativa das mulheres, quando indagadas sobre o que compreendem pela expressão parto “natural”. Elas contam que, ao chegarem a CP, a maioria nunca tinha escutado a expressão – menos ainda parto “humanizado”, termo poucas vezes usado ali. Mas elas logo identificam semelhanças entre a proposta de parto da CP com a experiência vivida por mulheres de outras gerações da família. Pelos relatos, é possível perceber que partos domiciliares e parteiras ainda compõem o imaginário feminino naquela região, figurando em um passado não tão distante. Com algumas poucas exceções¹²³, em geral, depois que as mulheres tomam contato com a proposta de parto da CP passam a recuperar e até romantizar essas experiências, que de certa maneira servem para dar sentido à

¹²³ Por exemplo, a de uma gestante, grávida do 4º filho, que ficou com vergonha de contar durante uma oficina que um de seus partos havia ocorrido em casa. A enfermeira, por sua vez, procurou valorizar esta experiência perante o grupo.

atual, ajudando-lhes a aceitar o parto desmedicalizado, que não foi propriamente o que as motivou a buscar a CP. Assim, por oposição ao “parto da idade pedra”, expressão usada pelos críticos da casa de parto, as mulheres fazem referência ao “parto como de antigamente” ou “como na roça”, ao qual procuram, ao longo da gravidez e por incentivo dos grupos educativos, atribuir uma conotação positiva.

Andressa, de 16 anos, quando indagada sobre o significado que atribuía à expressão parto “natural” contou sobre a experiência da avó, que teve todos os filhos em casa. Se essa experiência possivelmente não era antes valorizada, agora Andressa a considera positiva e menciona ter havido uma transmissão desse conhecimento entre as mulheres de diferentes gerações da família:

O parto natural é assim... Minha avó teve 17 filhos. Todos naturais e tudo dentro da casa dela. (...) Como a mãe dela – a minha bisa – falou, a minha avó acolheu e passou para a minha mãe.

Deve-se ressaltar que a proximidade com as hoje chamadas “parteiras tradicionais” é inegável naquele contexto, chegando até mesmo a membros da família. Esse é o caso de Marta, por exemplo, cuja bisavó era parteira. Mãe de 4 filhas, Marta deu à luz a última na CP e comparou ali com o ambiente doméstico, um lugar em que, segundo ela, o parto não é tratado como um “tabu”.

[Aqui] É como se tivesse em casa. Não tem aquela internação que ninguém pode entrar e ninguém pode te ver, aquele tabu. Então, agora, é como se fosse antigamente. Antigamente, você tinha em casa com a parteira, não é? Na época da minha mãe e da minha avó.

Entrevistadora: A sua mãe nasceu em casa, você sabe?

Nasceu em casa e a avó que era a parteira.

Entrevistadora: Ah, é? E você ouvia muitas histórias sobre os partos que ela acompanhava?

Eu ouvia que era normal. A mulher vinha, deitava na cama, fazia aquela força e a criança saía. Não precisava corte e não precisava ponto, não precisava nada. Era natural. Então, antigamente, não tinha nada disso, não tinha ultra e não tinha nada.

Já Raquel, 30 anos, relatou a experiência que teve há 11 anos, quando aparou o irmão que nasceu em casa. Ele foi o sétimo filho de sua mãe, que

pretendia ir ao hospital, mas não teve tempo. Essa experiência a ajudou a construir uma visão positiva sobre o parto “natural”, como veio a nomeá-lo mais tarde.

Meu irmão mais novo tem 11 anos. Ele nasceu em casa. Quem acabou fazendo o parto da minha mãe fui eu, no susto. Porque não tinha mais ninguém. Estava todo mundo desesperado, até chegar uma enfermeira que morava na minha rua. Mas quando ela chegou, ele já estava no meu colo, chorando. Ela só cortou o cordão umbilical. Porque minha mãe estava em pé e, se eu não [o] tirasse, meu irmão ia cair no chão. (...) Então quebrou aquele tabu. Eu falei assim: “Gente, é uma coisa tão bonita”. Foi até... “Ah, tu teve coragem?” Eu falei: “Gente, é um ato tão bonito ver uma criança nascendo que não me deu medo não. Acho que me deu mais coragem ainda”.

É interessante que tanto Marta quanto Raquel fazem referência a uma quebra de “tabu” quando tecem comentários sobre o parto “em casa” e sobre o parto “na casa”. Como mencionado no capítulo 2, por ocasião da transferência do parto do domicílio para o hospital, este passou a ser interdito aos membros da família e sua ocultação acabou transformando-o em algo desconhecido. Com efeito, Salem (1983) aponta como na sociedade tradicional, em que prevalecia um modelo de família extensa, a gravidez, o parto e a socialização das crianças eram eventos públicos, que envolviam toda a comunidade, principalmente a feminina. No entanto, com o surgimento da família nuclear e a medicalização da gravidez e do parto, pouco a pouco este se converteu em um evento privado, individual, que ocorre em um ambiente fechado e interdito, simbolizado pelo hospital. Foi assim que o parto, que estava integrado ao cotidiano e contava com a presença da família, como relata Marta, virou um “tabu”, cercado de restrições. Talvez por isso um dos atrativos da CP seja a possibilidade de a parturiente dar à luz cercada por membros da família, o que foi especialmente valorizado pelas entrevistadas Evelin e Raquel:

[O parto ideal] é com a família ao lado. Igual eles fazem aqui. É o melhor parto mesmo. (Evelin)

O parto ideal eu acho que é aquele que você tem a companhia da família, das pessoas que você gosta. (Raquel)

É importante lembrar que o referencial contrastivo das mulheres atendidas ali é o parto tal como realizado em maternidades e hospitais públicos. Como referido, nessas instituições, não raras vezes a entrada do acompanhante – mesmo do sexo feminino – é vetada, a despeito da existência de uma lei que obriga a

instituição a franquear acesso a um acompanhante de escolha da parturiente. Nesse sentido, enfatizam McCallum e Reis (2006), “há uma clara mensagem da instituição de que o parto não é um assunto da família” (2006: 1485).

Chama a atenção o fato de que a valorização da presença da família parece se estender também aos profissionais da CP, tendo em vista que, por diversas vezes durante a pesquisa, as mulheres relataram considerá-los “amigos” ou parte “da família”. De fato, a relação estabelecida com eles era o que as entrevistadas mais valorizavam na CP. A conversão do profissional de saúde em alguém familiar ou que compõe o círculo de amizade próximo se deu principalmente por meio das consultas do pré-natal, ocasiões em que a paciente era incentivada a falar sobre seus medos e inseguranças em relação à gravidez – muitas vezes não planejada¹²⁴ – e ao parto – como visto, tampouco almejado. Na visão dos profissionais, a exposição desses sentimentos era parte necessária do processo de aceitação da proposta de parto “natural”, algo percebido como fundamental para que a mulher efetivamente desse à luz ali.

Nesse sentido, é possível dizer que as emoções, antes reprimidas e silenciadas, são colocadas em um novo regime discursivo, articulando-as a novos dispositivos de poder e de saber, nos termos em que propõe Foucault (1980). Como ocorreu com o sexo, as emoções são submetidas a um mecanismo de crescente incitação, que teria se disseminado primeiramente nas camadas médias, como observou Salem (2007) na década de 1980, e hoje parece se aplicar às gestantes de camadas populares, através da disseminação da proposta de “humanização” do parto e do nascimento por meio de sua incorporação ao sistema público de saúde. Por outro lado, como argumenta Chazan (2007), deve-se reconhecer que, em comparação com os anos 1980, houve uma retração da chamada “cultura psicanalítica”. Esta, com efeito, teria exercido papel

¹²⁴ Jussara, Analice e outras mulheres com que tive contato durante a pesquisa de campo destacaram a importância das “conversas” com a equipe da CP para a aceitação da gravidez. “No início, eu não estava querendo aceitar muito bem a gravidez. Então, assim, eu estava muito frustrada e não queria conversar com ninguém em casa e com a minha família. Quando eu cheguei, aqui, na primeira consulta, eu consegui conversar com a enfermeira, consegui desabafar e ela me incentivou. Conversou comigo e falou que isso ia passar. Então, assim, eu me senti melhor, bem melhor, do que eu estava. Aquilo dali, aquela conversa e aquele esclarecimento, consegui mudar o meu modo de ver e de pensar, não é? Do jeito que eu estava pensando a gravidez” (Jussara).

fundamental no processo de “colocação das emoções em discurso” nos segmentos médios.

Do ponto de vista das mulheres atendidas na CP, ser incitada a falar sobre seus medos e anseios, bem como ser chamada pelo nome e reconhecida como “pessoa” pelos profissionais de saúde é algo que valorizam e com o qual não estavam acostumadas nas maternidades públicas – cuja marca é a impessoalidade e padronização da assistência – levando-as a comparar a equipe da CP a “amigos” ou a membros da “família”:

“Assim, eles [os profissionais da casa de parto] são verdadeiros amigos, não é? São pessoas que a gente não fala só coisas clínicas, coisas que se restringem mesmo ao pré-natal, a gente pode expor a nossa vida para eles porque eles, assim, nos aconselham. São verdadeiros amigos mesmo”. (Elaine)

“A gente acaba conhecendo todo mundo e vira uma família. Então acaba criando um vínculo, porque durante o pré-natal você vem aqui muitas vezes. (...) Até hoje eu venho aqui, a minha filha está com quatro meses, e as pessoas me conhecem pelo nome, entendeu? Apesar de terem muitas mulheres grávidas”. (Carla)

“Uma família, né? A gente pode considerar a casa de parto...” (Andressa)

Ao analisar as raízes ibéricas de nossa sociedade, Holanda (2005) destaca que o sistema de relações no Brasil constrói-se a partir de laços diretos, de “pessoa” a “pessoa”, e não entre “indivíduos” – relação que seria notadamente marcada por uma ordenação impessoal e mecânica. Noutras palavras, o autor ressalta que as origens personalistas constituem traço marcante da sociedade brasileira, o que faz com que os vínculos entre “pessoas” sejam, frequentemente, os mais relevantes. Cabe esclarecer que a categoria “pessoa” aqui é compreendida enquanto ser basicamente relacional, integrante de uma estrutura hierarquizada de relações sociais, por oposição à noção de impessoalidade e indiferenciação representada pela categoria “indivíduos” (DaMatta, 1997).

Assim, se no hospital/maternidade elas são “indivíduos”, isto é, anônimas e chamadas indiscriminadamente de “mãezinhas” – porque na prática não se sabe o nome delas –, na CP elas são “pessoas”, reconhecidas em sua individualidade, história e percebidas como envoltas em redes sociais mais amplas. Dessa forma, as mulheres sentem-se acolhidas e seguras, pois têm a percepção de que driblaram

o “risco” que a individualização e o anonimato representam em uma sociedade na qual a qualidade de vida se baseia nas relações pessoais.

É interessante destacar que, enquanto a CP está comprometida com a individualização de sua clientela, parte de um projeto de construção de uma “nova mulher”, que se pretende também de “cidadanização”, as mulheres que a freqüentam a valorizam justamente por encontrarem ali um tipo de relação e um ambiente que, na visão delas, se assemelha ao espaço doméstico, local por definição da família e da relacionalidade. Como ressalta Da Matta (1991), a casa é:

“o espaço da intimidade, da hospitalidade, onde não existem indivíduos, apenas pessoas, que se relacionam entre si por meio de laços de sangue, idade, sexo, vínculos de hospitalidade e simpatia. Casa é o lugar da hierarquia, da gradação. Casa se distingue pela calma, repouso, recuperação e hospitalidade, enfim por tudo aquilo que se soma e define a nossa idéia de “amor”, “carinho” e “calor humano” (DaMatta, 1991: 63).

3.4.4. Namorado, companheiro, marido

Sem incorrer em exageros, é possível dizer que a presença masculina no parto é uma novidade entre os casais provenientes de camadas populares, considerando que, na época em que foi realizada a pesquisa de campo, além da CP, apenas duas maternidades públicas no município do Rio de Janeiro permitiam a entrada de acompanhantes do sexo masculino. Essa limitação, segundo alegavam as instituições, se devia ao fato de que a maioria dispunha apenas de pré-partos coletivos. Para evitar constrangimentos e garantir alguma privacidade à parturiente, esta só podia ser acompanhada por outra mulher, papel que em geral era desempenhado pela mãe – reforçando a visão amplamente disseminada no universo das camadas populares de que gravidez, parto e bebês são assuntos de mulheres (Tornquist, 2003).

No entanto, algumas unidades de saúde identificadas com o ideário da “humanização” e que têm como clientela mulheres de camadas populares têm procurado incentivar a presença do parceiro no parto. É interessante que, de maneira geral, as mulheres assistidas por essas instituições mostram-se resistentes à proposta, como sugerem os estudos de Hotimsky e Alvarenga (2002) e

Tornquist (2003)¹²⁵. Por outro lado, na CP é possível dizer que o incentivo à presença masculina foi bem aceito pelas usuárias. De fato, entre as entrevistadas, 76% tiveram ou afirmaram que desejavam ter – no caso daquelas que ainda estavam grávidas na época em que foi realizada a pesquisa – o pai do bebê presente no momento do parto¹²⁶.

A aceitação das mulheres da CP possivelmente encontra relação com o trabalho desenvolvido pelos profissionais nos grupos educativos, ocasiões em que a presença do parceiro no parto é praticamente prescrita, como sugere o comentário da diretora durante o encontro de Acolhimento: “[Na CP] A mulher não só pode escolher ter o pai do bebê presente, mas também um segundo acompanhante”.

No entanto, se na CP, em alguns momentos a valorização da presença masculina no parto parece estar relacionada a um incentivo ao casal igualitário e à constituição da família nuclear, noutros, aparentemente mais frequentes, a ênfase parece recair principalmente sobre a mulher, ainda que a igualdade na relação com o parceiro também seja almejada e incentivada. Contudo, é como se, considerando o lugar de submissão em que se encontra a mulher de classe popular, a igualdade só pudesse advir de seu “empoderamento”. Nesse sentido, seria a mulher que precisaria mudar de lugar e se posicionar em relação ao parceiro de outra maneira, mais autônoma e individualizada, o que faz com que o foco do trabalho desenvolvido na CP incida, na maior parte das vezes, não propriamente sobre o casal, mas, sobretudo, na mulher, sendo a transformação da díade e da família vista como um resultado ou consequência disso.

¹²⁵ Na pesquisa de Hotimsky e Alvarenga (2002), em uma casa de parto em São Paulo, cuja clientela também é majoritariamente de classes populares, as mulheres desejavam que as acompanhantes fossem preferencialmente do sexo feminino. Observação semelhante foi feita por Tornquist (2003), em uma maternidade “humanizada” em Florianópolis. Segundo a autora, as mulheres de camadas populares não esperavam que os homens assistissem ao parto e manifestavam estranhamento com o que consideravam uma excessiva preocupação da equipe em relação à presença do marido.

¹²⁶ É certo que, mesmo na CP, uma parte das gestantes também parecia demonstrar certa resistência a ela. A vergonha da exposição do corpo costumava ser o principal motivo. “Eu sou muito tímida, vou ficar com vergonha de ficar pelada na frente dele [o marido]. Onde eu vou eu carrego a minha mãe”, comentou Paula, durante uma oficina em que foi estimulada a presença do pai do bebê como acompanhante. O sentimento de vergonha parecia eventualmente afetar o trabalho de Álvaro, um dos poucos enfermeiros da CP, o que me levou em alguns momentos a refletir sobre a importância de ser mulher para fazer uma pesquisa como essa, uma vez que essa condição me permitiu ter acesso aos diferentes ambientes da CP.

Assim, é possível dizer que a presença do homem no parto é altamente incentivada não por dramatizar um ideal de conjugalidade, como ocorre no fenômeno do “casal grávido” investigado por Salem (2007), mas por ser o homem percebido como uma testemunha – central e necessária – do projeto de “empoderamento” feminino, o que, em um segundo momento, possibilitaria a redefinição da relação homem-mulher. A idéia é que o parceiro assista à performance da mulher assumindo uma postura “autônoma” e “ativa”, considerada decisiva para o nascimento do filho. Nesse sentido, além de presenciar o nascimento do bebê, o homem é incentivado a presenciar o nascimento de uma “nova mulher”, que dá à luz sem qualquer tipo de “ajuda”, farmacológica ou de procedimentos médicos, fazendo uso de suas próprias forças. O parto, tal como propõe o projeto impulsionado pela CP, viria, portanto, dramatizar um ideal de indivíduo, isto é, de uma mulher independente e autônoma, cuja atuação é considerada fundamental para seu desfecho.

É interessante destacar que a participação masculina, ainda que desejada pela maioria das entrevistadas e incentivada pela CP, normalmente exige um esforço de convencimento. Se no caso da participação nas oficinas, durante a gestação, o incômodo manifestado pelos homens é com o fato de a CP ser um ambiente predominantemente feminino (“O meu marido não vinha nas oficinas porque ele tinha vergonha”, comentou Adriana¹²⁷), no que se refere ao parto eles em geral sentem-se inseguros e incapazes de presenciá-lo¹²⁸, admitindo não suportar ver sangue e dor. Os homens, que nesse caso não costumam ter vergonha de admitir “fraqueza”, frequentemente argumentam que poderiam ter reações físicas incontrolláveis – como “desmaiar” ou “passar mal” –, que viriam a prejudicar o próprio trabalho de parto e parto.

“Eu achava que eu fosse ficar nervoso, até falava com a Valquíria: ‘Não sei se eu vou conseguir, não. Ta arriscado eu desmaiar ali e vai ser dois trabalhos’”. (Miguel, marido Valquíria)

“Eu cheguei num momento a dizer que eu não queria ver o parto, porque eu achei que não ia agüentar”. (Marcos, marido Lara)

¹²⁷ É como se a presença em um ambiente feminino como a “casa” representasse uma ameaça, uma vez que os feminilizaria também.

¹²⁸ Tornquist (2003), que pesquisou uma maternidade pública em Santa Catarina, fez observação semelhante sobre os homens de camadas populares com os quais teve contato durante o estudo. Segundo ela, “os homens argumentam não ter ‘estômago’ para coisas de hospital” (2003: 422).

Essa imagem do homem como frágil e emocionalmente incapaz de participar da experiência de parto é compartilhada também pelas mulheres:

“Ele [o marido] vai estar junto comigo. Quer dizer, o homem fala que vai estar mas não se sabe se realmente vai ter coragem, né? De ver assim... Mas vai estar sim, ele está sendo forte, como eu também”. (Denise)

“Com esse jeito calado eu pensei até que ele não ia conseguir assistir, porque ele passa mal (risos)”. (Jussara)

“O meu marido, ele disse que é fortão, quero ver ele ver um parto... (risos)” (Andressa)

O depoimento de Denise – reforçado por várias outras gestantes – sugere que a experiência de parto “natural” é vivida como um teste de coragem, força e bravura, que acaba se estendendo também àqueles que dele participam ou simplesmente o assistem – o que também foi referido por uma entrevistada do outro grupo, como se verá no próximo capítulo. Como num ritual de inversão, o parto tal como vivido na CP – sem anestesia, ocitocina ou episiotomia – embaralha as posições que homem e mulher normalmente ocupam na sociedade: ela, de “sexo frágil”, é alçada à categoria de forte e resistente, enquanto o homem assume temporariamente sua “fraqueza”, diante de assuntos que não são de sua esfera. Isto é, diante de assuntos vistos como sendo de ordem da “natureza”, considerados de competência feminina (Ortner, 1974).

O diálogo entre um casal de namorados, no dia seguinte em que a mulher deu à luz, retrata bem essa inversão de papéis:

William: “Ela tinha muita força e provou até o final. Doze horas de trabalho de parto... ela tem força e sabe disso. Com certeza isso deve influenciar para aquela questão da mulher ser frágil e tudo mais. Eu com certeza não ia aguentar um negócio desses. Não ia mesmo! Doze horas? Tá brincando!”

Iara: “Por isso que homem não foi feito para parir!”

3.4.5. O(A) filho(a)

Considerando que a maioria das mulheres vinculadas ao pré-natal da CP não planejou a gravidez¹²⁹ e que, possivelmente, não foram poucas as gestantes que cogitaram fazer um aborto, a CP claramente procura estimular, através das consultas e grupos educativos, o vínculo entre a mãe e o feto. De fato, a Oficina de Vínculo, da qual a mulher deve participar no início da gravidez, parece ter sido criada justamente com esse propósito.

Em uma dessas oficinas, a enfermeira Zilda, após conduzir um relaxamento em que sugeria que as “mães conversassem com seus bebês”, fez vários comentários sobre a interação entre a gestante e o feto, já o tratando como um indivíduo. “O bebê interage com vocês o tempo todo, absorve suas emoções, o que vocês sentem, ele sente também”, disse, alertando sobre o papel de proteção que a gestante – aparentemente já incumbida do papel de mãe – deveria desempenhar na gravidez, de modo a evitar que o feto fosse atingido por sentimentos considerados “negativos”. Ao final, Zilda pediu às mulheres que redigissem uma carta endereçada ao futuro bebê, o que levou algumas às lágrimas.

A idéia de que a relação entre a mãe e o filho se estabelece ainda na gravidez foi manifestada em diferentes momentos pelos profissionais da CP, não se limitando à Oficina de Vínculo. Na consulta de Nutrição, por exemplo, as recomendações sobre o consumo de alimentos também se baseavam na percepção de que os cuidados com a criança deveriam começar antes mesmo de seu nascimento. “O que vocês estão dispostas a dar para os seus bebês?”, costumava indagar a nutricionista.

Com efeito, uma parte das gestantes manifestava compartilhar dessa percepção, fazendo comentários que sugeriam que a relação entre mãe e filho tinha início ainda durante a gestação e de que o feto era, desde então, um

¹²⁹ Para se ter uma idéia, em uma oficina na qual as mulheres foram questionadas sobre se tinham planejado suas gravidezes, das 22 presentes apenas cinco responderam positivamente à pergunta.

indivíduo¹³⁰. Nesse sentido, Valquíria recorda a companhia que o filho lhe fazia quando ainda estava na barriga:

“Com a barriga você está sempre acompanhado, alguém está sempre andando com você. E o neném quando ele sai ele já vai para o colo das outras pessoas e você fica um pouco sozinha. Aí tem momentos que parece que eu tô sozinha e eu falo: ‘Me dá ele aqui um pouquinho’. Senti falta da barriga assim nesse sentido, a barriga era a minha companhia, ele [o filho] estava sempre comigo, 24h”. (Valquíria)

Já Marisa conta que durante a gravidez costumava conversar e cantar para a filha, o que também fez assim que ela nasceu:

“[Durante a gravidez eu] conversava e cantava música [para a filha]. Tu não sabe da maior? Ela nasceu e começou a chorar, e eu comecei a cantar [a música] “Os olhos do pai”. Porque eu cantava, sempre, desde pequenininha. A bichinha parou de chorar. Quietinha aqui, no meu colo. Lembrou tudinho e parou de chorar. Eu cantava essa música para ela”. (Marisa)

A música também marcou a relação de Joana e Alberto com a filha durante a gravidez:

“Na gestação dela ela sempre escutou... a Sara [a filha], ela sempre escutou umas músicas que ela gostou muito. A gente notava que mexia com ela, então a gente fez uma seleção de músicas, botamos num CD e tal e pensou: na hora que ela estiver nascendo ela já vai sair escutando as músicas. Tanto até que a gente pensava: qual música será que ela vai nascer, né?” (Afonso)

“No Acolhimento a gente já fica sabendo como é o processo da ‘casa’, que tem o plano de parto¹³¹, tudo isso. Então eu já fiquei imaginando, pensando: “Pô, será como que vai ser?”. Fiquei pensando, tal. Aí eu tive a idéia de sempre colocar músicas para ver qual era a música que ela [a filha] dava uma melhor reagida. Mas não assim no começo [da gestação], eu tinha que esperar ela começar a se mexer, né?” (Joana)

De acordo com Lo Bianco, “o feto é, pois, tornado um bebê com qualidades concretas. Gostos e preferências são já entrevistados, e, acredita-se, conseguem ser expressos num diálogo com a futura mãe” (1985: 114). As

¹³⁰ Em todas as oficinas as gestantes eram instadas a se apresentar, dizendo seus nomes e os dos bebês. Nos casos em que o sexo ainda não havia sido identificado, elas costumavam informar quais eram as possibilidades de nome.

¹³¹ Documento redigido pela gestante no qual informa como gostaria que fosse seu parto, quem desejaria que estivesse presente como acompanhante, se gostaria de ouvir alguma música e de que tipo, em qual posição gostaria de dar à luz, etc. Os planos de parto costumam ser feitos com capricho pelas gestantes da CP, que os enfeitam, colorem, colocam fotos, enfim, os personalizam. Alguns são redigidos como se tivessem sido escritos pelo próprio bebê. Segundo a coordenadora da casa de parto, um dos objetivos do plano de parto é fazer com que as mulheres se percebam como capazes de fazer escolhas e de decidir por elas mesmas, em sintonia com o projeto de “individualização” impulsionado pela instituição.

observações da autora parecem se adequar aos relatos de Joana e Alberto, dentre outros, não fosse pelo fato de que ela as identifica como parte de uma experiência típica de gestantes de camadas médias. Estas, segundo a autora, seriam supostamente mais influenciadas pelo processo de psicologização, que ganhou terreno no Brasil nos anos 1980, quando instaurou-se uma “cultura psicanalítica” nas camadas médias, que teria como um de seus princípios básicos o bem-estar emocional da criança a partir de uma boa relação com a mãe. O processo de “psicologização do feto” seria, nesse sentido, uma tentativa de aperfeiçoar essa relação, instaurando-a antes mesmo do nascimento da criança.

O argumento da autora é que as mulheres de camadas populares seriam menos suscetíveis a essas experiências, uma vez que estariam menos expostas aos valores dessa cultura específica. Assim, para elas a gravidez seria um estágio transitório “para a” maternidade, enquanto para as mulheres de camadas médias a gestação seria um período transitório “da” maternidade (Lo Bianco, 1985: 51).

No universo da CP, contudo, as observações de Lo Bianco parecem não se confirmar. Como foi possível notar, vários foram os comentários feitos durante a pesquisa que sugeriam que as mulheres de camadas populares investigadas também compartilhavam de uma visão “psicologizada” do feto.

Segundo Chazan (2007), teria havido atualmente uma retração da “cultura psicanalítica” e, quase como um contraponto ao fenômeno de “psicologização” do feto, estudado por Lo Bianco (1985), existiria hoje o que ela designa como uma “fiscalização” do feto, possibilitada pela visibilização mediada pelo ultrassom obstétrico. Deve-se concordar com Chazan (2007) quanto à menor expressividade da chamada “cultura psicanalítica”, largamente difundida nas camadas médias intelectualizadas nos anos 1980. Entre os segmentos populares certamente não foi nem é possível referir-se a uma tal cultura, contudo, não se pode negar que as gestantes etnografadas compartilham de uma visão “psicologizada” do feto, que possivelmente lhes foi apresentada durante os grupos educativos da CP.

Nelson (1983), que realizou um estudo comparativo com mulheres de camadas populares e médias em um hospital-escola no estado da Nova Inglaterra

(EUA), chamou a atenção para a influência exercida pelos cursos de preparação para o parto sobre as gestantes de diferentes camadas sociais. Apesar de ter mapeado diferenças significativas entre os dois grupos investigados, a autora destacou que as entrevistadas provenientes de camadas populares que tinham assistido aos cursos exibiam atitudes parecidas com as gestantes de camadas médias.

Esta observação parece reforçar a hipótese de que o pré-natal e as oficinas oferecidas na CP podem de fato influenciar – ainda que de diferentes maneiras e em graus variados – as gestantes que deles participam. Esta influência pode ser observada de diversas formas, como a partir da construção de um olhar “psicologizado” sobre o feto ou na percepção positiva que as mulheres parecem elaborar sobre a participação masculina no parto, um evento que, nas camadas populares, é considerado primordialmente feminino.

3.5. O parto

Nesta seção, se buscará analisar de maneira mais específica a experiência de parto das puerperas entrevistadas, isto é, como significam, vivenciam, elaboram e atualizam a proposta que lhes foi apresentada pela CP. Antes, contudo, a intenção é fazer uma reflexão sobre o lugar que elas atribuem, ainda durante a gestação, à dor do parto para, em seguida, verificar como esta é significada após a experiência, isto é, após a terem vivenciado.

3.5.1. O medo da dor

Se, como visto anteriormente, o temor dos homens antes do parto é o de “ver sangue” e a mulher em sofrimento, o das mulheres, por sua vez, é principalmente o medo da dor e a insegurança sobre se serão realmente capazes de suportá-la. Com menos frequência, algumas entrevistadas relataram também temer não ter forças para expulsar o bebê e, outras, em menor número, referiram-se ainda ao medo de morrer. Unânime foi que todas, sem exceção, afirmaram ter medo do parto.

É interessante que esse sentimento foi relatado mesmo pelas mulheres que já tinham outros filhos e, portanto, passado pela experiência de dar à luz. Na realidade, o parto anterior muitas vezes contribuía para deixá-las ainda mais inseguras, por terem vivido uma experiência que, na maioria das vezes, consideravam negativa. Já as que estavam grávidas pela primeira vez tentavam não se “contaminar” pelos comentários dos “outros” sobre o parto: “[As pessoas falam que] não é mole não, dói muito e não sei o quê, é o maior sofrimento... Eu não posso pensar desse jeito. Cada um é de um jeito, né?”, indagava Denise, parecendo desejar ouvir de mim palavras de apoio.

O comentário de Denise, na realidade, faz eco ao dos profissionais da CP, que a todo tempo buscam individualizar a experiência, tal como propõe o ideário da “humanização”. “Cada parto é de um jeito”, repetem, alertando que mesmo aquelas que já tiveram outros filhos vivem experiências diferentes, pois se trata de um momento diferente da vida e a própria mulher também já não é a mesma. “A dor é igual Marisa, de mulher para mulher”, costuma brincar a diretora, Lúcia, fazendo referência ao slogan de uma popular loja de roupas.

Tratar o parto como uma experiência única é parte de uma visão mais ampla desse processo que o entende como estando diretamente relacionado a aspectos fisiológicos, emocionais, sociais e culturais – o que remete à noção de “fato social total”, tal como proposta por Mauss (2003). Tomando como inspiração o ideário da “humanização”, o entendimento compartilhado na CP é de que do ponto de vista fisiológico o processo que culminará com o nascimento do bebê é o mesmo para todas as mulheres, mas acredita-se que a fisiologia seja diretamente afetada pela subjetividade da parturiente que, por sua vez, sofre influências daqueles que a rodeiam, do ambiente no qual está inserida e também da cultura em que foi socializada.

No que se refere especificamente à dor, tema dessa seção, Le Breton (1999) aponta que a forma como o sujeito se relaciona com essa sensação corporal depende do significado que atribui a ela. Segundo o autor, tal significado, longe de ser unívoco, é fruto de um “entremeado” que se constrói a partir da “manera en que el hombre se apropia de la cultura, de unos valores que son los suyos, de su relación con el mundo” (1999: 09). Assim, a anatomia e a fisiologia – a chamada

“máquina do corpo” – não dão conta de explicar porque os sujeitos não reagem de uma mesma maneira diante de situações semelhantes de dor, nem possuem o mesmo grau de sensibilidade. Para Le Breton (1999), esses fenômenos estão associados a variações sociais, culturais, pessoais e até mesmo contextuais, o que significa que “para comprender las sensaciones en las cuales está en juego el cuerpo no hay que buscar en el cuerpo, sino en el individuo, con toda la complejidad de su historia personal” (1999: 10). O comentário feito pela enfermeira Ingrid durante uma oficina aponta nessa mesma direção:

“Quando a Kelly [citando o nome de uma gestante presente] vai parir ela não vai ‘zerada’. Vai ela, que é filha da mãe tal, que está preocupada porque engordou, porque o marido está diferente... e você não vai ser a mesma depois desse filho, será outra mulher. Minha mãe sempre dizia que eu tinha arrebitado ela no parto, porque eu estava sentada. E teve uma falta de luz e demoraram 40 minutos para costurar ela. Então quando eu cheguei no meu parto eu me preparei para sentir uma dor muito maior, uma dor que eu estou esperando até hoje. A gente não chega ‘zerada’ para parir, vem tudo isso junto”.

Mais especificamente sobre a dor do parto, Le Breton (2010), em outra obra, destaca que:

“La souffrance est plus ou moins grande d’une femme à l’autre selon son histoire personnelle, son appartenance sociale, culturelle, son expérience antérieure de l’accouchement, les représentations qu’elle en a, la valeur incarnée à ses yeux par l’enfant à naître, la présence ou non des autres à son entour. Le contexte est décisif au regard de son ressenti” (2010: 205/206).

Isso explica o fato de as mulheres lidarem de diferentes maneiras com a dor que normalmente acompanha o trabalho de parto. Em algumas culturas, observa Le Breton, o parto sequer é percebido como um evento doloroso. Na ilha indonésia de Alor, mencionada pelo autor, registros etnográficos de 1944 apontam que a visão predominante ali era a de que o nascimento é um processo fácil e cotidiano. Isto não significa que situações difíceis nunca tenham sido registradas, mas que a sociedade não as amplifica e reverbera, de modo que o imaginário predominante sobre o parto não se pauta por elas. Em contrapartida, nas sociedades onde o discurso católico-cristão disseminou-se com força não se pode negar a influência da visão quase condenatória do parto expressa na afirmação “Parirás com dor”, contida em uma passagem da Bíblia. Nesse contexto, as dores são associadas ao ato de dar à luz de maneira quase inescapável, na medida em

que, enquanto “filhas de Eva”, todas as mulheres devem pagar pelo pecado original.

Além de buscar individualizar a experiência, os profissionais da CP frequentemente buscam ressignificar a dor¹³², sugerindo que esta seja interpretada, por exemplo, como resultado de um “abraço” que a mãe dá, com seu corpo, no bebê, isto é, “a cada contração um abraço”. A dor também deve, segundo essa leitura, ser vista como positiva, pois a contração que a gera tem como função trazer o bebê cada vez mais para perto da mãe. Nesse sentido, o que se diz é que “a dor é amiga” ou que “a dor é aliada”, uma vez que, sem ela, ou seja, sem a contração, o bebê não nasce.

Outro aspecto que costuma ser enfatizado é que a dor desencadeada pelo trabalho de parto tem um “resultado”, diferentemente da dor provocada por uma doença ou por uma dor de dente, por exemplo. Da mesma forma, ela termina imediatamente quando o bebê nasce, noutras palavras, é uma dor que, apesar de forte, é temporária e passageira. Segundo a metáfora usada pela enfermeira Bianca, é como uma “onda”, que “vem para mostrar o caminho de saída para o bebê” e depois “vai embora para os dois respirarem”.

Consideradas “mais naturais” e “menos invasivas”, as técnicas para alívio da dor empregadas na CP baseiam-se em recursos mecânicos e psicológicos. Nesse sentido, a Oficina de Tecnologias se propõe justamente a apresentar às gestantes algumas possibilidades desse repertório, bastante amplo, que inclui: a presença do acompanhante, banho morno, música, chás, aromas, massagens, sexo, além de técnicas respiratórias e corporais, como deambulação, agachamento e o exercício chamado de “bambolê”, em que a mulher fica de pé, fazendo movimentos circulares com o quadril. Para o momento do parto efetivamente, costumam ser apresentadas posições alternativas à de litotomia, como ficar de cócoras (sustentada por alguém por trás ou sentada, usando uma banqueta de parto¹³³), deitada de lado ou posicionando-se em quatro apoios. Mas não é

¹³² Recomenda-se que até mesmo o uso da palavra “dor” seja evitado, sugerindo às mulheres que refiram-se exclusivamente à “contração”.

¹³³ Pequeno banco, de acrílico ou de plástico, onde o assento tem formato de “U”, havendo uma abertura na frente, para a passagem do bebê.

incomum que as gestantes apresentem alguma resistência, dizendo que preferem ficar deitadas na posição “tradicional”.

Durante essa oficina, uma vez apresentados os recursos técnicos que as mulheres poderiam lançar mão durante o trabalho de parto, a tônica costumava incidir principalmente sobre a questão do controle. Segundo Rezende (2012), o controle de si é um tema central em muitos grupos de apoio, freqüentes nas sociedades ocidentais modernas. Propondo-se a abordar diferentes temas (desde adições e enfermidades à gestação e parto), esses grupos pretendem auxiliar os participantes a superarem momentos considerados críticos, muitas vezes partindo do pressuposto de que os que neles ingressam almejam implementar mudanças subjetivas. “Aparece aqui a visão de uma subjetividade não apenas capaz de se modificar, mas principalmente que valoriza este processo, tomando[-o] como um aperfeiçoamento de si”, afirma Rezende (2012: 833). É comum que as mudanças propostas sugiram a adequação das emoções a modelos considerados apropriados, uma vez que o processo de transformação esperado deve se dar principalmente na dimensão subjetiva.

Na Oficina de Tecnologias do Parto, as recomendações feitas por diferentes profissionais tinham como foco justamente o corpo e as emoções durante o trabalho de parto: “Respire fundo porque a contração não é mais forte do que você”; “A gente controla ela [a contração], não é ela que nos controla”; “Pensa que você está no controle, a contração vem, mas você está no comando. E as tecnologias estão aí para ajudar a deixar seu corpo mais relaxado”; “Se a gente contrai junto com a contração, a gente sente ainda mais dor”.

Como é possível notar, predomina nessas orientações uma visão dualista, caudatária da longa tradição do pensamento ocidental, que considera o corpo uma entidade separada da mente, cabendo à mente o controle sobre o corpo. No caso do parto, destacou Martin (2006), é como se as contrações ocorressem de maneira involuntária, apontando para um isolamento entre a pessoa e suas sensações físicas. “Uma vez que o útero é tido como músculo involuntário, considera-se que ele, e não a mulher, faça a maior parte do trabalho de parto” (2006: 111).

Ainda que os profissionais da CP estejam comprometidos com um projeto de “humanização” que busca reinventar o parto, a visão biomédica de que o útero é um músculo involuntário ainda se faz presente, como sugerem as orientações acima. No entanto, essa visão é combinada a outra, também apresentada em meio às oficinas, na qual o parto é descrito como uma ação realizada pela parturiente e as sensações físicas descritas como parte intrínseca da mulher. A transmissão dessas idéias, aparentemente contraditórias, aponta para como essa visão fragmentada está arraigada em nossa cultura.

Segundo Rezende e Coelho (2010), na etnopsicologia ocidental moderna prevalece ainda um outro binarismo no que se refere aos fenômenos associados à mente: a separação entre emoções e razão. Enquanto as primeiras estão associadas ao corpo, a segunda estaria diretamente relacionada à mente. Em diversos contextos, destacam as autoras, a mente é considerada superior ao corpo e a razão superior à emoção. O que significa que “o corpo e a emoção podem ser controlados pela mente e pela razão, mas seriam *a priori* mais imprevisíveis, mais involuntários e mais incontroláveis” (Rezende e Coelho, 2010).

Na visão da equipe da CP, expressa através dos grupos educativos, cabe à mente e à razão incumbirem-se da tarefa de evitar reações imprevisíveis diante da dor, ditando ao corpo um relaxamento consciente. Assim, diante da contração do músculo uterino, o que se recomenda é que, sob o comando da mente, os membros do corpo caminhem no sentido inverso a partir do relaxamento, também ele calculado, de braços, pernas, ombros, músculos da face, etc, proporcionando um frágil equilíbrio entre controle e relaxamento.

Por trás dessas recomendações, há a expectativa de que as mulheres expressem suas emoções dentro de parâmetros considerados adequados. Como também observou Tornquist (2003), é esperado que as parturientes não gritem, não se desesperem e acatem os conselhos da equipe. O controle das emoções durante o parto deve ser desenvolvido ao longo das oficinas, momento em que as mulheres são informadas sobre todas as etapas do trabalho de parto. Para a equipe, a informação –também uma forma de controle, uma vez que dá previsibilidade ao processo – está associada à segurança e tranquilidade da mulher no momento de dar à luz. “Aqui a coisa mais difícil é uma mulher gritar no trabalho de parto”,

comemorou a assistente social, antes de acrescentar: “Tem que conhecer o seu corpo, saber do que ele é capaz, se empoderar”. Como já salientado, o silêncio da casa de parto é visto de maneira positiva principalmente pelas mulheres e pode ser interpretado como uma vitória do controle da mente e da razão sobre o corpo e as emoções.

Mais uma vez, é preciso destacar que o referencial contrastivo da clientela da CP é a maternidade pública, onde o pré-parto costuma ser coletivo e, de modo geral, as mulheres internadas manifestam muita dor, como observaram McCallum e Reis (2006) e como também sugerem as entrevistadas, baseando-se em experiências anteriores:

“[No parto do primeiro filho, em uma maternidade pública] Eu achei que eu ia sentir três vezes mais dor do que eu senti, porque a mulher que estava do meu lado na sala de pré-parto gritava muito e aquilo me deixava nervosa. Na casa de parto é uma tranquilidade, tem quarto individual... é outra coisa!” (Fabiana).

“[Na casa de parto] é mais tranquilo. (...) Você não escuta gritos. Porque, imagina, você vai fazer pré-natal e escuta as mulheres gritando? Lá no hospital, quando eu fazia o da minha filha eu ia e escutava mulheres gritando. Aqui não. Aqui é calmo”. (Analice)

Apesar de os relatos sugerirem que os gritos, percebidos como responsáveis por criar um clima de nervosismo e tensão, são relativamente frequentes nas maternidades públicas, as mulheres advertem que estes devem ser evitados, por poder levar a uma intencional (e punitiva) falta de assistência por parte dos profissionais¹³⁴. Ainda que na CP elas afirmem não se sentir pressionadas a manterem-se caladas, ouvi certa vez a mãe de uma jovem em trabalho de parto comentando que havia dito à filha para não gritar, sugerindo predominar entre as mulheres a idéia de um “comportamento ideal”, que prevê a evitação do “escândalo”, de expressões de desespero e descontrole (Tornquist, 2003).

Sobre essa questão, Elias e Dunning (1992) destacam que no mundo contemporâneo o espaço para a expressão das emoções ficou cada vez mais

¹³⁴ Marta, que procurou fazer silêncio quando deu à luz na casa de parto, conta que se comportou dessa maneira porque em experiência anterior considera que sofreu retaliação no hospital por ter gritado: “No hospital você não pode fazer nada que toma esporro. No hospital, se você abrir a boca, você toma esporro e é largada. Na minha [outra] filha, eu gritei, eles me largaram lá e foram ver o jogo [em 1998, Copa do Mundo]. Eu gritando de dor e eles vendo o jogo”.

reduzido, havendo toda uma etiqueta responsável por garantir sua regulação. É interessante que, na percepção dos entrevistados, as instituições de saúde não configuram, hoje em dia, locais onde uma expressão menos contida das emoções seja algo bem aceito.

“Ela tava gemendo por causa das contrações, mas pelo que eu já vi, assim, eu acho até que ela não perdeu muito a linha, não.” (Alberto, marido Joana)

“Quando vinham as contrações eu fazia força, mas não gritava. Vou gritar para quê? Vou dar uma de maluca?” (Adriana)

“[No parto] Da primeira e da segunda [filha], gente, eu chorava... eu sou muito chorona... chorava baixinho, baixinho, nunca fiz escândalo. Eu falava: ai meu Deus, eu vou morrer, eu não vou agüentar não. (...) [Choro baixinho] porque eu não gosto de causar escândalo e não gosto de mostrar fraqueza.” (Valquíria)

O estado de descontrole – definido por Alberto através da gíria “perder a linha” – é associado até mesmo à “loucura”, como aponta Adriana. Além disso, os gritos podem ser compreendidos como uma demonstração de “fraqueza”, como opina Valquíria. Com efeito, o parto “natural” configura-se, na prática, como um ritual de exibição da força – ou da fraqueza – feminina, a depender do desempenho da mulher.

O parto de Carla

Conheci Carla quando internou-se num fim de tarde na CP, com 5cm de dilatação, para dar à luz sua primeira filha. Com sua concordância, resolvi passar a noite ali para assistir ao parto. Ela estava sozinha, pois a cunhada e a sobrinha que a acompanhavam quando foi admitida tinham ido embora, e Carla aguardava a chegada de duas amigas. Ela havia tirado a roupa com que viera e estava vestida apenas com um avental, que lhe foi entregue na CP.

Carla trabalha como manicure e faz tranças. É uma mulher negra, alta e de personalidade forte. Ela tem algumas particularidades, que a tornavam uma exceção entre as mulheres do pré-natal: Carla tinha na época 36 anos, uma idade bastante superior a da média, especialmente em se tratando de uma primípara, e morava sozinha, a única com quem tive contato ali que vivia nessas condições. Ela já não se relacionava com o pai do bebê, de quem fazia apenas comentários

negativos, e também não se dava bem com a mãe – o que era incomum naquele contexto. Naquele dia, Carla não avisou nenhum dos dois sobre sua admissão na CP.

As amigas chegaram um pouco mais tarde e enquanto isso fiquei lhe fazendo companhia. Agitada, Carla reclamou de não ter uma TV no quarto e pediu para caminhar no jardim. Enquanto isso, falava animadamente no celular. Ela parecia suportar as contrações sem grandes dificuldades, apenas apoiando-se e mantendo-se calada no momento em que as sentia: nada que tirasse seu bom humor.

Um pouco mais tarde, Carla voltou para o quarto e a enfermeira Eugênia tratou de criar uma ambientação, colocando um aroma e apagando as luzes mais fortes. A partir daquele momento a suíte ficou na penumbra e uma música tocava ao fundo.

As amigas de Carla chegaram pouco tempo depois. Elas nunca tinham visitado a CP ou participado dos grupos educativos e não conheciam muito bem a proposta da instituição. Com o passar das horas, começaram a achar que o trabalho de parto de Carla estava demorando muito e uma se direcionou a mim para perguntar se ali eles não davam nenhuma “ajuda”, referindo-se aos procedimentos e medicamentos que são administrados de rotina nos partos “normais” realizados nas maternidades.

De tempos em tempos uma dupla de enfermeiras, responsável pelo plantão noturno, adentrava o quarto para examinar Carla, auscultar os batimentos cardíacos do feto, avaliar a dinâmica das contrações e fazer o toque. Em um desses exames tiveram a impressão de que havia mecônio¹³⁵ no líquido amniótico. Em conversa com Carla, explicaram-lhe que, diante desse quadro, havia duas possibilidades: ser transferida para a maternidade de referência ou tomar ocitocina para tentar acelerar o trabalho de parto. A parturiente já não demonstrava o

¹³⁵ “Primeiro conteúdo do intestino do bebê, mas que ainda não são fezes, de aspecto verde escuro e denso” (Diniz e Duarte, 2004: 161). Segundo as autoras, a eliminação de mecônio durante a gravidez pode ser sinal de maturidade fetal (o que não é problemático) ou de sofrimento fetal, pois quando o feto está mal oxigenado aumenta a contratilidade dos intestinos e relaxam-se os esfíncteres, fazendo com que libere o mecônio. Neste caso, a situação inspira cuidados.

mesmo bom humor de antes e a cada contração parecia sentir muita dor, mas manteve-se firme e disse que preferia ficar. “Eu vou até o fim, não vou desistir”.

Carla ficou cerca de 1h30 recebendo soro com ocitocina através de punção intravenosa. Com o passar do tempo, ela passou a demonstrar grande irritação com a dor desencadeada pelas contrações. De personalidade forte, ela parecia ter ascendência sobre as amigas, que também davam sinais de nervosismo. Em determinado momento, Carla disse que não queria mais receber o hormônio sintético, pois já não suportava as dores. As enfermeiras insistiram para que mantivesse, mas ela ameaçou arrancar o soro com as próprias mãos. As enfermeiras, que se mantinham calmas e esboçavam pouca reação diante do nervosismo que passava a dominar o ambiente, acabaram acatando seu pedido.

Uma das enfermeiras sugeriu a Carla fazer alguns exercícios de deambulação e agachamento, para favorecer a descida do bebê, o que ela acatou, mas por pouco tempo, alegando que os exercícios intensificavam a dor. Carla preferiu ficar deitada na cama, posição que, segundo as enfermeiras, reduzia o ritmo do trabalho de parto. Entre as contrações, Carla costumava lamentar-se e pedir desculpas. “Eu queria o parto natural, mas não estou conseguindo. Desculpa, eu estou com vergonha... Vocês me tratam tão bem, eu acho aqui ótimo, mas eu não estou conseguindo. Eu não quero gritar, não quero fazer escândalo, eu estou com vergonha...”, disse ela, que em alguns momentos tentava abafar os gritos de dor mordendo um pedaço de pano.

Do lado de fora da suíte, uma das enfermeiras buscava no prontuário de Carla informações sobre sua história de vida que pudessem ajudar a compreender o porquê de sua reação, nitidamente considerada desmedida pela equipe. “Alguma hora as resistências vão cair”, disse, acreditando no desfecho positivo do trabalho de parto.

Em determinado momento, a bolsa de águas de Carla se rompeu espontaneamente e o líquido estava claro e com um cheiro considerado normal, sugerindo que a suspeita sobre a existência de mecônio não se confirmara. O trabalho de parto, porém, continuava progredindo lentamente, em especial na avaliação de Carla, que dava sinais claros de impaciência e intolerância à dor.

Com o passar do tempo, Carla foi tornando-se cada vez mais irritada, dizendo que desejava ser transferida para a maternidade de referência para fazer uma cesárea. As enfermeiras disseram-lhe que a transferência não poderia ser feita sem que houvesse uma indicação clínica – que se tornara inexistente, depois que o líquido se revelou claro e com um cheiro normal – e que, de qualquer maneira, mesmo que ela fosse para a maternidade, não havia garantias de que seria submetida à cesariana, pois a decisão sobre a realização da cirurgia não lhe cabia, mas aos médicos.

Carla, manifestando sentir muita dor, chegou a arrancar o toalheiro do banheiro e a socar as paredes em reação às contrações. Foi então que começou a telefonar para os amigos, no meio da madrugada, pedindo-lhes ajuda. Entre um telefonema e outro, Carla colocou novamente a roupa com a qual havia chegado, dizendo que queria sair dali e ir para um hospital particular fazer uma cesárea. A essa altura ela já estava com 9 cm de dilatação: “Eu pago o que for para fazer uma cesárea agora! Eu pago com cartão [de crédito] e depois trabalho para pagar. Eu não tenho medo de trabalho!”. Em determinado momento vociferou: “Se elas [enfermeiras] respeitam que o parto seja como eu quero, então tem que respeitar que eu quero ir embora e ter uma cesárea. Eu não agüento mais sentir dor!”.

As acompanhantes de Carla oscilavam entre se solidarizar com a dor da amiga – e nessas horas pressionando-me para que eu intercedesse junto às enfermeiras¹³⁶ – e repreendê-la. Uma delas comentou comigo em voz baixa: “Ela faz isso aqui porque sente como se fosse a casa dela. Duvido que faria isso se fosse no hospital público... Eu nunca imaginei que a Carla faria esse papelão!”. A atitude de Carla foi vista pelas amigas como uma inesperada demonstração de fraqueza, o que ficou explícito no diálogo entre ela e uma de suas acompanhantes: “Uma mulher grande dessas, as pessoas vão rir quando souberem o que

¹³⁶ Talvez justamente para evitar serem pressionadas pelo nervosismo que dominava o ambiente, as enfermeiras não permaneciam todo o tempo dentro do quarto. Como eu circulava entre os dois ambientes (o quarto da enfermagem e aquele onde se encontrava a parturiente), as acompanhantes me viam como alguém que pudesse interferir de alguma forma para tentar solucionar o impasse. Isso me colocou em uma situação um tanto quanto delicada, muito distante da visão idealizada de uma pesquisadora neutra e que não interfere na realidade que observa. Uma enfermeira chegou inclusive a brincar, alguns dias depois, chamando-me de “pé frio” e sugerindo que o descontrole de Carla de alguma maneira pudesse estar relacionado à minha presença.

aconteceu!”), ao que Carla respondeu, no intervalo de uma contração: “Ih, essa não me pega! Melhor um fraco vivo do que um forte morto!”.

Após ter recebido o telefonema de Carla, uma amiga que é técnica de enfermagem e mora nas redondezas foi, acompanhada da mãe, ao seu encontro na CP. Carla insistiu para que a amiga lhe tirasse da CP e a levasse a um hospital particular para fazer uma cesárea, mas esta disse que não podia se responsabilizar por ela. Em conversa no corredor, do lado de fora do quarto, a mãe da amiga, que quando jovem havia dado à luz a gêmeos, perguntou: “Ué? Mas ela não sabia que para parir ia sentir dor?” .

As acompanhantes de Carla chegaram a telefonar para seu irmão, que é do Exército, com a intenção de que pudesse ir até lá demovê-la (ou contê-la?) da ideia de fazer uma cesárea, mas, segundo elas, ele estava de “serviço” no quartel e não pôde ir. De manhã cedo, a equipe de enfermagem que chegou para substituir a que estava no plantão noturno decidiu pela transferência de Carla para a maternidade de referência. Ela deu à luz, por volta de meio-dia, um bebê grande e com cerca de 4kg, que nasceu de parto “normal”.

A experiência de Carla pode ser interpretada como um exemplo de “descontrole”, na medida em que ultrapassou os limites de comportamento esperados, especialmente em um lugar cuja reputação é a de oferecer um ambiente tranquilo e acolhedor. Segundo Le Breton (1999), cada experiência de dor está associada a um limite impreciso de sofrimento, o que faz com que a sociedade indique simbolicamente quais são os limites considerados aceitáveis e, ao fazer isso, rejeite os possíveis excessos.

Em conversa com Carla alguns meses depois, ela classificou sua atitude como um “surto”, palavra que não à toa remete à perda temporária de consciência, o que justificaria ter reagido de maneira inversa àquela incentivada durante as oficinas de preparação, nas quais a tônica incide no auto-controle sobre o corpo e as emoções.

Em “O processo civilizador”, Norbert Elias (1994) analisa como se deu o processo que, no Ocidente, culminou neste rigoroso controle dos impulsos corporais e das emoções. Assim, se inicialmente o que se observava era um controle social e externo, com o passar dos séculos este domínio foi sendo gradualmente introjetado pelo sujeito, até se converter em auto-regulação. Nas sociedades complexas, o controle sobre as emoções tornou-se ainda mais forte e eficaz, sendo esperado que o sujeito evite demonstrações passionais em público, o que, quando ocorre, não é visto como algo normal, sendo uma situação “que casi siempre pone en aprietos al observador y causa verguenza o pesar a quienes se han dejado arrastrar por ella” (Elias e Dunning, 1992: 85). Nesse contexto, a intimidade do círculo privado desponta como um dos últimos redutos para essas manifestações – permitidas em público às crianças, mas condenadas aos adultos, de quem se espera que o controle sobre si já tenha se tornado automático.

No caso de Carla, a observação feita por sua acompanhante sugere que, na visão dela, o comportamento “desmedido” e “descontrolado” da amiga ocorreu justamente por Carla estar em um lugar que remetia ao âmbito doméstico, sentindo-se “como se [ali] fosse a casa dela”. Esse comentário corrobora a idéia de que é na casa – e não no espaço público – onde se pode dizer que é pelo menos aceitável que o sujeito se comporte de forma mais passional. Como visto, para fazer com que Carla recobrasse o controle sobre si, cogitou-se recorrer a seu irmão, que não por acaso é do Exército. Mas isso só veio a acontecer efetivamente quando ela foi transferida para o hospital, onde prevalece a impessoalidade do espaço público.

É interessante que a reação de Carla diante da dor foi considerada inadequada até mesmo por ela, que estava claramente envergonhada¹³⁷ de suas atitudes, o que ficou explícito na tentativa de abafar os gritos e nos constantes pedidos de desculpas à equipe – que, por sua vez, demonstrou frieza diante da situação, não se deixando contaminar pelo nervosismo que atingiu também as acompanhantes. Nesse sentido, Sarti (2001) chama a atenção para o fato de que “a

¹³⁷ Inspirando-se nas teses de Norbert Elias, Rezende e Coelho (2010) afirmam que, nas sociedades contemporâneas, “as emoções passam a ser foco de um controle estrito regulado pela possibilidade da vergonha. Esse sentimento agora se vincula a uma ansiedade e um medo de que o indivíduo perca o controle dos impulsos e emoções que devem ser contidos. Se antes a fonte de repressão dos impulsos era externa – pessoas e manuais de etiqueta – agora é interna” (2010: 107).

forma como o profissional reage diante da dor e das manifestações de dor do paciente influenciará a própria reação do paciente ao tratamento, porque estamos diante de uma relação em que se enfrentam dois mundos de significação, o do médico e o do paciente e sua família” (2001: 11). Assim, é possível que os pedidos de desculpas diversas vezes reiterados por Carla encontrem relação também com a reação das enfermeiras, que nitidamente pareciam desaprovar seu comportamento.

Sarti (2001) aponta ainda para a relação entre a dor e o lugar social do indivíduo, uma vez que, dentro de uma mesma sociedade, os sujeitos possuem condições sociais diferenciadas, segundo clivagens tais como gênero, classe e etnia, que interferem na forma como qualificam a realidade da dor. De acordo com a autora, “pode haver maior ou menor tolerância à dor, conforme aquilo que do indivíduo se espera, segundo seu lugar social” (2001: 09).

Como anteriormente referido, no caso das mulheres, em geral, parece predominar uma imagem associada à força e resistência, possivelmente construída pela própria capacidade biológica feminina de dar à luz. No que se refere às mulheres de camadas populares, em particular, esse imaginário parece ser ainda mais forte, uma vez que nesses extratos a principal referência de parto é o “normal”, do ponto de vista nativo considerado mais doloroso do que a cesárea. Além disso, como sugeriu a mãe da amiga de Carla, nesse segmento prevalece a idéia de que a dor do parto é “inevitável”, o que não a torna menos temida, mas talvez contribua para que seja mais aceita e esperada. Esta percepção certamente está associada ao fato de que praticamente não são realizados partos “normais” com analgesia nas maternidades públicas brasileiras, como já mencionado.

Luciana, de 19 anos, comenta como lidou com a dor, por ela percebida como inescapável, quando deu à luz na casa de parto:

“Quando você sabe que vai ter dor, é obrigada a ter dor e tu não tem como se livrar dela, não tem como fazer escândalo. (...) Quando tu sabe que tem uma escapatória, ali... Eu faço escândalo mesmo. Mas como eu já sabia que a dor era aquela e ia acabar assim... eu só ia me livrar dela com o neném nascendo, eu preferi ficar quieta e agüentar” (Luciana).

Outras mulheres fizeram observação semelhante:

“Tinha que passar mesmo [pelas dores], não tinha outra opção”. (Adriana)

“O parto... não tem parto sem dor, independente de qualquer coisa”. (Raquel)

“Eu sei que a dor vai se sentir em qualquer lugar, isso não se pode evitar. (...) Porque a dor o médico não vai te ajudar a aliviar, a dor você vai sentir aqui ou em qualquer maternidade ou hospital”. (Geisa)

Assim, sendo a dor do parto aceita como inevitável pelas mulheres de camadas populares e sendo elas consideradas fortes e resistentes, à Carla, uma mulher alta e musculosa, coube o lugar de “fraca”, pelo “papelão” que teria feito durante o trabalho de parto, do qual todos viriam a rir depois. Sobre essa questão, Le Breton (1999) afirma que:

“La expresión individual del dolor discurre conforme a formas ritualizadas que alimentan la espera de los testigos. Cuando un sufrimiento exhibido parece desproporcionado con la causa y escapa del marco tradicional (...) la reputación del sujeto se pone en juego entonces”. (Le Breton, 1999: 130)

O desempenho de Carla só não foi ainda mais criticado, pois, ao fim e ao cabo, ela deu à luz de parto “normal”, o que foi enfatizado por ela durante entrevista realizada após o parto:

“Depois [as amigas que foram acompanhantes] ficaram brincando comigo: ‘eu pensei que você fosse mais forte’. Eu falei assim: ‘Forte eu sou. Só que, na hora, eu surtei’. E surtei mesmo e não me arrependo. Cada ser humano tem uma reação. Aí, eu até falei para essas... E todas as amigas que ficaram brincando comigo e que vieram aqui me acompanhar, as duas fizeram cesáreas. Eu falei: ‘Engraçado, né? Eu frouxa e encarei o parto normal até o final. Vocês correram e fizeram cesarianas. Aí é fácil falar dos outros’.” (Carla)

Além do descontrole, a experiência de parto de Carla também evoca outra questão central: a que se refere à possibilidade da parturiente fazer escolhas e interferir nos rumos do parto. De fato, o parto “humanizado” se define, ao menos segundo os ativistas, como aquele em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, partindo da premissa de que a parturiente deve participar das decisões que envolvem seu corpo.

Como foi possível notar a partir da descrição do trabalho do parto de Carla, enquanto ela manifestava adesão à proposta de parto da CP, a equipe a consultou sobre a realização de procedimentos, dando-lhe a opção de escolher entre a permanência na CP ou a transferência para a maternidade. Isto é, as

enfermeiras compartilharam com ela as decisões relativas aos rumos do trabalho de parto. No entanto, à medida que Carla desistiu da proposta e abriu mão de dar à luz por via vaginal, passando a desejar uma cesariana, as enfermeiras não mais acolheram suas escolhas, rompendo com qualquer possibilidade de negociação, o que levou Carla a invocar um preceito central da filosofia da “humanização”: “Se elas [enfermeiras] respeitam que o parto seja como eu quero, então tem que respeitar que eu quero (...) ter uma cesárea”.

Como se verá no próximo capítulo, essa é uma diferença importante entre as mulheres dos dois grupos, pois no outro contexto investigado a decisão quanto à via de parto não se coloca como irrevogável. Como sugeriu o caso de Carla, entre as mulheres que ingressam no sistema público de saúde, essa escolha não lhes pertence, mas à equipe de assistência, o que também foi apontando por Chacham (2004b), tal qual exposto no capítulo 2. Nesse contexto, as parturientes que não seguem as normas de comportamento e auto-controle esperadas e pedem pela cesárea, como o fez Carla, em geral já sabem de antemão que muito provavelmente não serão atendidas, tendo em vista que no sistema público o profissional de saúde, como regra, se coloca como o detentor das decisões relativas à via de parto, rejeitando o diálogo com a parturiente. O fato de no serviço público de saúde brasileiro serem atendidas quase que exclusivamente mulheres provenientes de camadas populares não deve ser ignorado, tendo em vista que, como afirma Boltanski, “a relação doente-médico é uma relação de classe e o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente” (1979: 39).

A partir do exposto, talvez não seja gratuito o fato de que, na CP, os profissionais de maneira geral evitem fazer uso da expressão parto “humanizado”, dando preferência ao termo parto “natural” que, na realidade, parece ser mais adequado à proposta de parto ali impulsionada, levando-se em conta as limitações técnicas dos profissionais, bem como aquelas impostas pela própria infra-estrutura do lugar. Não que a possibilidade de se ter um parto “humanizado” ali seja inexistente, mas esta exige um grau de comprometimento com a proposta de desmedicalização que nem sempre é observado entre as mulheres de camadas populares, para quem o parto “natural”, de maneira geral, precisou ser aceito ao

longo da gestação, muitas vezes não se tratando propriamente de um projeto pessoal.

3.5.2.

“É uma dor horrível, mas...”

“El dolor expresado nunca es dolor vivido (Le Breton, 1999: 48)
 El hombre se empeña en desbaratar la impotência del lengague.
 Y el dolor es uno, cautivo en la intimidad del ser humano que
 intenta inútilmente traducirlo para los otros, quienes solo pueden
 comprender por defecto, por medio de una traducción que es
 traición más que nunca” (Le Breton, 1999: 48-49)

Se durante a gestação as mulheres fizeram referência principalmente ao medo da dor, nas entrevistas realizadas após o parto elas com frequência a definiram como “horrível”, muitas vezes recorrendo a analogias para tentar traduzir em palavras a sensação corporal. Carla, por exemplo, referiu-se à sensação de ter o corpo “desmontado” durante o trabalho de parto e à união de suas partes como um ímã, imediatamente após o nascimento da filha:

“Até a hora dela nascer, naquelas contrações, foi a coisa mais horrível do mundo. Eu não tinha mais braços; mais pernas; eu não tinha mais corpo; eu não tinha mais força; eu não tinha mais nada. Mas, quando ela nasceu, parece que eu não tinha estado grávida na minha vida e eu nunca tinha sentido aquelas dores. No mesmo instante em que ela nasceu, eu não senti mais absolutamente nada e parecia que... nada. Aquilo tudo que eu passei... olha, para mim, foi uma sensação que parecia que o meu braço estava num canto, a minha perna estava no outro e o meu quadril estava no outro, quando eu estava com as contrações. (...) As dores que vinham por trás, no quadril, eram muito fortes, entendeu? Aí, ela nasceu, passou pelo canal vaginal e parece que, zoom, teve um ímã que juntou tudo de novo e eu não senti mais nada. Tanto é que, quando eu subi para o quarto, eu levantei da cama e fui ao banheiro. Eu fazia tudo. Parecia que eu nunca tinha estado grávida e nem parecia que eu tinha dado à luz. É uma coisa, assim, mágica. Para mim, foi muito mágico”.

Classificado como “a coisa mais horrível do mundo” e como uma experiência de desagregação e descontrole – como se os membros do corpo estivessem espalhados em diversas partes e lugares –, o trabalho de parto e as dores a ele associados, por outro lado, cessaram com o nascimento da criança. Noutras palavras, é como se tivesse havido o apagamento da parte negativa da experiência. Assim, Carla narrou com satisfação a recuperação do corpo e a disposição para realizar as atividades do cotidiano. A rapidez com que ocorreu a

inversão de sensações fez com que ela reputasse aquele momento como “mágico”, isto é, como uma experiência quase sobrenatural.

Marisa, por sua vez, associou o momento expulsivo a um vulcão em erupção, e descreveu a dor do trabalho de parto como sendo semelhante a “alguém entrando nas suas entranhas e tentando tirar os seus órgãos puxando, porque é uma coisa horrível. (...) Você sente como se aquilo fosse a sua última hora”.

Luciana, ao discorrer sobre o parto, contou ter adotado uma estratégia: buscou comparar a sensação corporal do trabalho de parto com outras sensações, que julgou dolorosas, experimentadas ao longo da vida. O objetivo do que veio a se tornar uma “escala de dor” era ganhar auto-confiança (pois se já superou aquelas experiências faria o mesmo naquele momento) e tentar transformar a dor do trabalho de parto, que nunca tinha vivido, em uma dor conhecida, isto é, preparar-se para viver a nova sensação. De sua escala faziam parte a dor de cólica menstrual e as dores que sentiu ao furar, ela própria, a orelha e o nariz, para colocar *piercings*. No entanto, a dor provocada pela passagem do bebê pela vagina foi classificada por Luciana como incomparável a qualquer outra antes sentida, como indica seu relato:

“Na minha mente, eu ficava usando assim: ‘Ah, eu furei a minha orelha, então, eu vou mandar a contração embora’. (...) Porque quando eu fui colocar o *piercing*, eu me concentrava antes, ia lá e sentia. Já estava acostumada com a dor porque eu me preparava antes, em casa. Aqui, eu tentei falar assim: ‘Ah, eu me furei na orelha, eu botei um traçante, que pega dos dois lados; e botei um no nariz. Então, eu consigo’. Porque são os lugares onde mais doem. ‘Então, eu consigo’. Aí, eu pensava na dor que sentia quando eu botei o *piercing*, e não na contração. (...) Aí, deu para levar; mas no último momento em que ele já estava nascendo, eu não consegui mais comparar a dor. Já era muito maior do que as dores que eu sentia antes. (...) Na última dor, eu não consegui pensar em nada”.

Como mencionado, de maneira geral as sensações desencadeadas pelo trabalho de parto e parto foram descritas pelas entrevistadas de forma negativa, muitas vezes através do uso do adjetivo “horrível”, em consonância com a visão predominante na nossa sociedade. Porém, analisando mais detidamente as entrevistas, foi possível observar que a frequente descrição negativa da dor do parto costumou ser acompanhada de uma conjunção adversativa, que acabava por minimizá-la. Assim, a dor do parto foi definida pelas puerperas entrevistadas

como intensa, *mas*: “suportável”, “depois você esquece dela”, “para imediatamente depois que o bebê nasce”, “aumenta aos poucos”, etc.

Dessa forma, é possível dizer que a dor – tão temida durante a gestação – foi, pelo menos parcialmente, ressignificada pelas entrevistadas¹³⁸ depois de terem passado pela experiência de dar à luz. Noutras palavras, a dor aguda e intensa, que quase todas relataram, foi frequentemente minimizada e, em alguns casos, até esquecida, especialmente se o parto foi considerado rápido, o que será explorado a seguir.

3.5.3. Parto bom é parto rápido

A partir das entrevistas, foi possível notar que o tempo de duração do trabalho de parto despontou como um aspecto decisivo para a satisfação (ou não) das mulheres com a experiência. Naquele contexto, o parto considerado “bom” é o parto rápido, ainda que a dor seja descrita como “horrível”. É como se o nascimento da criança, após um curto trabalho de parto, compensasse a dor, mesmo nos casos em que esta é considerada extremamente aguda e intensa. A valorização do “parto rápido” possivelmente encontra relação com o fato de que a maioria das mulheres que faz o pré-natal na CP não escolheu dar à luz ali pela proposta de parto. Noutras palavras, sentir dor não foi propriamente uma escolha¹³⁹. Não é de surpreender, portanto, que a intenção de livrar-se o quanto antes do trabalho de parto tenha sido a meta da maior parte das puerperas entrevistadas, revelando que o foco estava no nascimento do bebê e não no trabalho de parto em si, isto é, no processo de parturição¹⁴⁰.

“Eu só focava nele sair, eu não pensava em outra coisa, era só ele sair. [riso] Eu falava [para as enfermeiras]: “Vocês não querem acabar logo com isso não? Anda logo e me *ajuda* aqui!” [riso] (Adriana)

¹³⁸ Foram exceções Evelin, Marisa e Luciana, o que explica o desejo manifestado pelas três de, na próxima gravidez, terem partos cesáreos. Deve-se ressaltar que Evelin e Marisa consideraram seus partos “muito demorados”.

¹³⁹ Dentre as mulheres que foram entrevistadas depois de já terem passado pela experiência de parto, Iara, sobre cujas particularidades voltarei a tratar mais adiante, foi a única que relatou ter desejado sentir as dores provocadas pelas contrações. “Eu queria realmente sentir todo o parto. (...) Porque apesar de ser uma dor, mas é uma dor benéfica. É a dor da vida da minha filha chegando ao mundo. Então eu estaria junto com ela nesse momento, ela não passaria por isso sozinha”.

¹⁴⁰ Deve-se destacar que o mesmo foi constatado por Nelson (1979) em pesquisa com parturientes de camadas populares em uma maternidade-escola no estado da Nova Inglaterra, EUA.

“[O trabalho de parto] Foi com muita dor, mas eu gostei. Eu gostei. Foi rápido, foi bem rápido.

Entrevistadora: E você gostou por isso, porque foi rápido?

Porque foi rápido. As dores foram constantes, muitas, mas foi rápido. Foi rápido”. (Analice)

“Eu pensava: “sai, sai. Eu não quero ficar aqui muito tempo”. Eu tinha medo de... Eu não tinha medo de nada dar errado, engraçado não é? Eu só queria mesmo que a criança saísse rápido para eu não precisar ficar ali muito tempo, sentindo dor. Eu não queria ficar com um trabalho de parto muito longo. Eu só pensava assim: “Quero que saia! Quero que saia! Quero que saia!”. Só isso”. (Elaine)

“Olha, eu só pensava em ver ele sair”. (Raquel)

“O meu parto foi, assim, ótimo. Foi um parto bem rápido, não é?” (Jussara)

No relato de Adriana chama a atenção o pedido de “ajuda” que ela revela ter feito à equipe para que o parto terminasse logo. “Ajuda”, como já mencionado, é a forma como as mulheres naquele contexto costumam referir-se aos procedimentos de rotina realizados nos hospitais e maternidades, como a administração de ocitocina sintética (“soro”), episiotomia (“corte”), manobra de Kristeller, entre outros. Marisa, que comemorou a rapidez do parto do primeiro filho, em uma maternidade pública da região, também se mostrou satisfeita com as intervenções realizadas naquela ocasião:

Marisa: “[N]O [parto] dele: fiz a força. Ela [a enfermeira]: ‘Agora, mais um pouquinho’. Eu: Ahm. Aí, a mulher viu que eu estava com dificuldade, porque eu era marinheira de primeira viagem, veio aqui, em cima da minha barriga, e pulou aqui. Uma enfermeira deste tamanho, uma negona. Apertou, assim, e ele fez assim: vulp!”

Entrevistadora: Apertou em cima da barriga (manobra de Kristeller)?

Marisa: “É. Só levei aquele corte [episiotomia] mesmo. Ela costurou para o lado, assim. Aí foi a maior alegria. Eu falei: ‘Pô, graças a Deus, não é?’”

Para algumas mulheres, as intervenções aparecem de maneira positiva, uma vez que contribuem para acelerar o trabalho de parto e parto, o que, em última instância, é o que se deseja. A expectativa dessas mulheres parece, nesse sentido, ir ao encontro da dos médicos que atuam nos hospitais e maternidades, que estão mais interessados em esvaziar os leitos do pré-parto – o que no jargão médico é chamado de “rodar leito” – do que no processo de parturição.

Com efeito, Martin (2006) aponta que nos manuais de obstetrícia o trabalho de parto é tratado como um processo puramente mecânico e a linguagem utilizada nesses textos para descrever o efeito das intervenções aponta, com frequência, para o aumento da “produtividade”. Definido a partir de estágios, medidas e cronogramas, o trabalho de parto é considerado “bom” ou “fraco” e as contrações “eficientes” ou “ineficientes” a partir do “progresso” observado em períodos específicos de tempo. Assim, as intervenções de rotina visam justamente a adequar o trabalho de parto a uma temporalidade considerada adequada e eficaz, buscando padronizá-lo, em uma tentativa de esquivar-se de sua imprevisibilidade. Foucault já chamara atenção para como “o tempo penetrou os corpos e com ele todos os controles minuciosos do poder” (1998:129).

A avaliação temporal rígida e minuciosa do processo de parturição é um legado da década de 1950, quando o obstetra norte-americano Emanuel Friedman criou um gráfico do trabalho de parto, baseando-se nos resultados de uma pesquisa feita com 100 mulheres, que foram submetidas a exames retais a cada hora durante o trabalho de parto. Seu estudo é a base para a avaliação moderna do progresso do trabalho de parto. No entanto, hoje existem variações nas políticas hospitalares sobre o que é “progresso adequado”. Por exemplo, um colo pode dilatar-se 0,5 cm por hora em um hospital e ser considerado adequado, enquanto que, em outro, ele deve dilatar 1 cm por hora para que seja avaliado da mesma forma¹⁴¹. Apesar dessas variações, o tempo ainda desponta como um critério fundamental para a avaliação do trabalho de parto e desvios nos índices esperados são tratados pelos manuais como “distúrbios” (Martin, 2006).

De maneira geral é possível dizer que os médicos e as enfermeiras que atuam nos hospitais e maternidades públicos têm, nesse aspecto, as mulheres como aliadas, uma vez que elas igualmente desejam um rápido desfecho para os trabalhos de parto. Para as mulheres de camadas populares com as quais tive contato durante a pesquisa, parece que o interesse maior está em livrar-se o quanto antes da dor e, em última instância, ter o bebê em seus braços. Não é de surpreender, portanto, que o relógio tenha surgido nos relatos de algumas

¹⁴¹ Fonte: Blog Midwife Thinking (<http://midwifethinking.com/2010/08/18/the-effective-labour-contraction/>), último acesso em: 10/04/2013. O *post* traduzido sobre a “Curva de Friedman” foi divulgado em uma lista de e-mails de um grupo de gestantes de camadas médias.

entrevistadas como um importante elemento do trabalho de parto, considerando que era ele quem regulava e atestava seu desempenho.

“Eu tava atenta mesmo [era] para ele nascer. Porque ela [a enfermeira] falou: você está muito tensa, respira mais leve, mas a minha atenção era o relógio na parede. Eu ficava toda hora olhando a hora. Não conseguia parar de olhar a hora. Ela dizia, para de olhar, fica mais leve, solta, mas eu ficava olhando, porque eu sou assim, eu penso muito, muito rápido, e eu olhava para o relógio e ele [o marido] olhava junto, mas olhava de uma forma diferente, porque ele queria que nascesse antes de meia-noite para ser câncer, não ser leão. (risos) E eu com vontade de bater nele! (risos). Eu olhava no relógio para nascer logo, eu dizia, meu Deus já passou esse tempo todo e fazia a dor e eu olhava para lá. (...) Então foi isso eu me concentrei mais: na dor para nascer logo”. (Valquíria)

“[Eu estava nervosa] Porque estava passando... Por causa do horário que eu vim. Eram duas e pouco da manhã, então estava passando... Três e pouca da manhã, então estava passando o horário”. (Monique)

No entanto, se é possível afirmar que uma parte das mulheres vê os procedimentos de rotina realizados nos hospitais como algo desejável, outra, em menor número, parece ter incorporado o olhar crítico sobre as intervenções, difundido pela equipe especialmente através dos grupos educativos. Os argumentos, no entanto, tendem a privilegiar questões de ordem prática, pautando-se mais na forma como os procedimentos afetam de maneira direta a experiência corporal da mulher. Assim, são mencionadas a demora na cicatrização da episiotomia (corte), o fato de que isto interfere na recuperação do corpo no pós-parto e a intensificação das dores provocada pela administração do hormônio sintético ocitocina:

“[No parto da minha filha, no hospital,] teve aquele corte, que demora não sei quantos anos, não sei quanto tempo para ficar bom”. (Raquel)

“Eu queria a recuperação mais rápida possível (...). Porque a pessoa vai para o parto normal, fica lá sofrendo e no final acaba com um corte para ajudar? Não vale a pena”. (Lara)

“Quando botam no soro, a dor é insuportável. (...) Não dá nem para raciocinar com a dor”. (Evelin)

A valorização da rapidez na recuperação do corpo e da possibilidade de retomar as atividades físicas após o parto possivelmente está associada ao fato de, nesses segmentos, os sujeitos manterem uma relação mais instrumental com o corpo, como afirma Boltanski (1979). Isso ocorre não apenas do ponto de vista

profissional, mas no que se refere aos cuidados com o bebê e aos afazeres domésticos, que em geral são considerados de atribuição feminina.

A seguir, será feita a descrição do parto de Iara, que parece servir como um interessante contraponto ao de Carla. Iara, assim como um reduzido número de mulheres que busca a CP por sua proposta, destoa naquele contexto, parecendo encontrar mais semelhanças com as parturientes do outro grupo investigado, especialmente no que se refere aos significados atribuídos ao parto.

O parto de Iara

Cheguei à CP por volta das 13h e vi que, em uma das suítes, havia uma plaquinha de madeira pendurada na porta na qual se podia ler “Trabalho de parto”. Deixei minha mochila no quarto de descanso da enfermagem, como costumava fazer ao chegar, e fui para a cozinha, importante ponto de sociabilidade da “casa”. Os enfermeiros Álvaro, Zilda e duas novas residentes estavam almoçando e juntei-me a eles com minha marmita. Durante o almoço, perguntei se achavam que seria possível assistir ao parto. Zilda disse que não via problema, mas que antes consultaria Iara, a parturiente. Perguntei sobre o andamento do trabalho de parto e me informaram que tinha começado de manhã e a parturiente estava com 7 para 8cm de dilatação. Alertaram-me ainda que o pai do bebê estava bastante nervoso, mas controlado. Ele havia, há pouco, deitado para tentar tirar um cochilo.

Ao terminar de almoçar sentei-me perto da porta de entrada da suíte, na cadeira onde costumava fazer minhas anotações. Zilda, que a essa altura já estava dentro do quarto, me chamou. Entrei e senti um agradável cheiro de canela, que havia tomado conta do ambiente. O namorado de Iara, um jovem negro e de estatura mediana, estava sem camisa, deitado na cama. A suíte estava silenciosa e na penumbra. A única luz que entrava no ambiente vinha da janela do banheiro, para onde me encaminhou Zilda.

Deparei-me com Iara nua, dentro da banheira. De pele branca e cabelos longos castanhos e cacheados, ela estava deitada de lado. Iara era nitidamente grande para aquele espaço, mas esforçava-se para submergir a barriga na água. Sua avó, Dona Luzia, aparentemente estava vestida com a roupa com que saíra de

casa, de camiseta e bermuda jeans, e estava sentada na beira da banheira, apoiando uma das pernas da neta. O clima era de silêncio e espera. Fiquei na porta do banheiro, temendo incomodar. Zilda entrou devagar, sentou-se no vaso sanitário, ouviu os batimentos do feto e elogiou Iara pelo fato de ela conseguir relaxar entre as contrações. Sua serenidade era mesmo surpreendente. Só notávamos que ela estava tendo contrações pela expressão de seu rosto, que de tempos em tempos se franzia. A avó e a enfermeira se revezavam tirando, com uma espécie de coador, algumas membranas que boiavam na água, provavelmente devido à ruptura da bolsa de águas.

Em uma contração mais forte Iara deu um pequeno grito, o que fez com que Wiliam, seu namorado, se levantasse da cama e se aproximasse. O banheiro ficou pequeno para tanta gente e eu, que a essa altura já tinha adentrado o espaço, recuei e voltei para a porta. Antes, peguei uma câmera que estava sobre a pia e supus ser de Iara e comecei a tirar fotos. Zilda pediu que eu pegasse também a câmera da casa de parto. Wiliam sentou em um banco ao lado da banheira, abraçando Iara, e Dona Luzia afastou-se, deixando apenas o casal. Sob o som de Djavan, que a enfermeira havia colocado, Wiliam sussurrava algumas palavras em seu ouvido.

Uma funcionária da cozinha entrou no quarto nesse momento, trazendo em uma bandeja o almoço do acompanhante. Wiliam disse à avó de Iara para que comesse e permaneceu junto à namorada. Antes, contudo, comentou que, dali à 3h, precisaria sair, pois tinha uma prova da faculdade. Ele, que é do Exército e estuda Psicologia, comentou que enquanto cochilara havia sonhado com a matéria do exame. Imediatamente a enfermeira disse à Iara para que não se preocupasse, que ela tomasse o tempo que fosse necessário, pois não havia pressa. Realmente, o comentário de Wiliam destoava do clima reinante, que parecia não ser pautado pelo relógio. As horas se passavam e nem nos dávamos conta delas.

Em um exame de toque, algum tempo depois, que eu não saberia precisar, a enfermeira detectou que a parturiente já estava com 10 cm de dilatação, mas que o feto ainda precisava descer. Zilda sugeriu que Iara colocasse a mão na vagina, para que sentisse como a filha estava próxima. Em seguida, propôs que ela ficasse em uma posição vertical, como a de cócoras, para favorecer a descida do feto. Iara

alegou que não tinha forças para ficar nessa posição e Zilda então ofereceu a banqueta de parto. Iara concordou, mas antes queria comer um pedaço de chocolate. Depois de tê-lo comido, no entanto, permaneceu onde estava.

A enfermeira Sandra, que havia saído para almoçar, retornou e enfatizou a recomendação da colega. Iara aguardou ainda algumas contrações, parecendo estar buscando forças para se levantar, o que o fez com a ajuda do namorado e de Zilda. A parturiente caminhou até o quarto, onde estava a banqueta, e se sentou. Wiliam sentou-se na cama, posicionando-se atrás da namorada, e Sandra e Zilda no chão, diante de Iara, onde puseram um pano esterilizado, luvas e gazes. Eu e Dona Luzia assistíamos de pé, tirando fotos. Dona Luzia inclusive acendeu a luz em um determinado momento, para que a imagem da foto ficasse mais nítida, mas apagou em seguida, a pedido das enfermeiras.

Sandra colocou um espelho embaixo da banqueta, de onde pôde observar com facilidade a vagina de Iara. Com menos visibilidade, Zilda pediu que a colega a orientasse sobre quando deveria colocar as luvas. Wiliam ficou abraçado a Iara, segurando-lhe as mãos, dando apoio às suas costas e fazendo carinho na barriga. Novamente a enfermeira ouviu os batimentos do feto e disse que ele estava muito bem. Em seguida, orientou Iara, que já tinha feito o puxo algumas vezes, para que não fizesse força com a garganta, mas com o ventre. A parturiente repetiu o puxo algumas vezes, até que Sandra deu o sinal para que Zilda colocasse rapidamente as luvas, pois o feto estava coroando. Foi apenas o tempo de ambas colocarem as luvas e Iara dar um forte grito para que Eleonora nascesse. Todos nós que estávamos presentes comemoramos e nos abraçamos¹⁴².

Sandra amparou Eleonora e tirou o cordão que estava envolto em seu pescoço para, em seguida, entregá-la à mãe. A bebê recebeu um gorro e foi envolta em um pano, para não perder calor. Ela permaneceu bastante tempo no colo da mãe, cheirando e lambendo seus seios. Wiliam continuou sentado onde estava e, abraçado a Iara, observou, acariciou e emocionou-se com a filha. A avó de Iara fez o mesmo, tentando identificar com quem a bisneta se parecia: “essa

¹⁴² É interessante como o fato de assistir ao parto gera instantaneamente um laço, um vínculo entre as pessoas presentes. Encontrei-me com Iara, Wiliam e Eleonora mais algumas vezes, por ocasião das consultas de revisão, e sempre que nos víamos era como se estivéssemos encontrando alguém muito próximo, íntimo.

manchinha é do Wil!”, comentou, com o que ele, sorridente, concordou. Iara e Eleonora permaneceram conectadas através do cordão umbilical, que foi cortado pelo pai somente quando este parou de pulsar.

Dessa experiência, alguns detalhes me chamaram a atenção. O principal foi, sem dúvida, a tranquilidade e serenidade de Iara durante o trabalho de parto. Seu comportamento parecia compatível com as instruções recebidas durante os grupos educativos, ocasião em que a tônica incidia principalmente sobre o autocontrole do corpo e das emoções. Com efeito, Iara manteve-se em silêncio e de olhos fechados durante a maior parte do tempo, procurando adotar uma postura introspectiva, que percebi tão logo adentrei a suíte.

De maneira geral, é possível dizer que o parto de Iara desponta como um referencial contrastivo ao parto de Carla, cuja marca foi justamente o descontrole do corpo e das emoções. Na realidade, é como se ambos estivessem nas pontas de um *continuum* que compreende uma ampla e diversificada gama de experiências, confirmando a tese de que o parto tem tanto de objetivo, isto é, fisiológico, quanto de subjetivo, cultural, social.

Iara tinha 20 anos e morava em um bairro na Zona Norte com os avós e a irmã. Solteira, ela concluiu o ensino médio, era evangélica, não tinha plano de saúde e não planejou a gravidez. Seu perfil não destoava muito do das outras entrevistadas. Contudo, apesar de compartilhar alguns marcadores com as demais parturientes que integram a clientela da CP, Iara tinha um discurso e posicionamento bastante singulares naquele contexto, o que foi possível verificar durante a entrevista, realizada no dia seguinte ao parto. Nesse sentido, a descrição feita por ela acerca do que considerava um “parto ideal” – em que fez referência a “intervenções” e não à “ajuda” – era, como se verá no próximo capítulo, bem semelhante àquela feita pelas mulheres de camadas médias etnografadas:

“Um parto ideal é quando a mulher pode administrar (...). Ela mesmo, estando ciente do que está acontecendo com o corpo, do que vai acontecer, de como vai ser o nascimento, podendo optar por intervenção ou não”.

Iara tomou contato com essa proposta de parto através da tia, que por meio de redes sociais na Internet se familiarizou com o ideário da “humanização” e veio a se tornar doula – palavra que a maioria das entrevistadas na CP nunca ouviu falar. Assim, diferentemente da maior parte das gestantes, ela desfrutava de um amplo apoio da família para dar à luz ali. Apoio que, na visão de Wiliam, convertia-se quase em “pressão”. Com efeito, na entrevista ele contou que durante o trabalho de parto, preocupado com a demora, perguntou se Iara não queria desistir da proposta de parto “natural” e fazer uma cesárea. Ela na hora negou, mas depois confessou que aquela oferta havia sido tentadora¹⁴³.

“Na hora em que ele falou isso foi muito difícil, porque quando você sente a contração a vontade que dá é: “Para tudo e mete a faca!”. Realmente dá essa vontade, mas se você tem uma consciência, uma vontade muito grande de que seja daquele jeito, você vai adiante”.

E a “consciência” a qual Iara se referia certamente a convertia em uma exceção entre as mulheres que frequentavam o pré-natal da CP. Diferentemente das demais, Iara havia tido contato inclusive com o outro grupo de gestantes de camadas médias, após ter assistido a algumas palestras no instituto na Zona Sul, onde é oferecido o curso de preparação para gestantes. Nesse sentido, Iara circulava entre os dois grupos e, assim como as mulheres de camadas médias, tinha na Internet uma grande fonte de informação. Sua visão era de que o parto deveria ser fruto de uma agência da mulher que, livre de medicamentos, estaria apta a fazer suas escolhas. A decisão pela casa de parto foi “justamente [por] saber que [aqui] seria ao meu modo, que eu poderia dar as direções do parto, dizer como eu gostaria”.

Para as mulheres que, como Iara, estão comprometidas com a proposta de desmedicalização do parto, a CP desponta como o lugar ideal, tendo em vista que os profissionais compartilham do projeto. Nesse sentido, a mulher “consciente”, como Iara, encontra ali a garantia de que suas escolhas – feitas dentro do repertório que lhes foi apresentado – serão respeitadas, posto que a desmedicalização é, nesse caso, uma meta comum, compartilhada entre a mulher e

¹⁴³ Na realidade, considerando a falta de ingerência da mulher sobre os procedimentos relativos ao parto no sistema público, tal oferta dificilmente se concretizaria, como anteriormente discutido.

a equipe. Para essas, a assistência ao parto oferecida pela CP parece ser, nos termos em que propõem os ativistas, de fato “humanizada”.

3.5.4. “Dependia de mim para nascer”

Ainda que, diferentemente de Iara, a possibilidade de ter ingerência sobre o parto não tenha sido o que levou a maioria das mulheres a buscar a CP, uma parcela das que passaram pela experiência de dar à luz ali, disse acreditar que a experiência de parto “natural” exigiu-lhes uma participação ativa e central¹⁴⁴, como sugerem os depoimentos abaixo:

Evelin: “Ali [na hora do parto], *dependia de mim para a minha filha nascer*, não é? Se demorasse, poderia até acontecer alguma coisa com ela.

Entrevistadora: Então você sente que no parto natural depende mais de você?

É. Totalmente”.

“Quando começou o trabalho de parto, aí já era ela [Joana], não é? *Era ela praticamente que ia exercer a coisa ali, fazer acontecer*”. (Alberto, marido da Joana)

“O da menina [que nasceu na maternidade] doeu, mas o do menino, aqui na casa de parto, a dor foi maior. *Porque aqui a gente tem um trabalho... aquele trabalho nosso*. Porque não tem aquele corte, que demora não sei quantos anos, não sei quanto tempo para ficar bom. (...) Na hora de botar para fora teve a dor de empurrar e é muito mais difícil. Teve aquela dor, mas o dela não. Porque o dela já estava tudo aberto [em referência à episiotomia realizada na maternidade]. Não tinha nada empantando ela nascer”. (Raquel)

De diferentes formas, os relatos apontam para a importância da atuação da mulher no caso do parto desmedicalizado. Sem qualquer tipo de “ajuda”, a mulher desponta como a pessoa que efetivamente “faz [o parto] acontecer”, ou seja, é ela a responsável pelo nascimento do filho. É interessante que esta visão é bem diferente daquela que predomina em nossa cultura, considerando que geralmente usa-se o verbo “fazer” para referir-se à atuação do médico, tanto em partos cesáreos quanto em partos normais medicalizados. “Quem fez seu parto?” ou “Aquele foi o médico que fez meu parto”, são expressões corriqueiras e apontam

¹⁴⁴ Comentários nesse sentido foram feitos de maneira espontânea por cerca de 30% das entrevistadas. No entanto, tenho a impressão de que se tivesse sido formulada uma pergunta específica sobre o assunto, um número maior de mulheres teria afirmado compartilhar dessa percepção.

para como predomina a idéia de que o processo de parturição é conduzido pelo profissional de saúde e não pela mulher, que assume uma postura passiva. Nesse sentido, é como se os procedimentos de rotina reduzissem de tal maneira a possibilidade de participação da parturiente, que esta acaba sendo ofuscada pela atuação do médico, eximindo-se de qualquer responsabilidade sobre o nascimento do filho.

Outras expressões associadas ao processo de parturição, como “ganhar bebê” e “passar mal”, são usadas com alguma frequência no contexto investigado e apontam para a mesma direção. Como fica evidente, a expressão “ganhar bebê” sugere que o parto se conclui sem que implique em uma participação ativa da mulher: o bebê surge quase como um presente, que lhe foi entregue por alguém, isto é, pelo médico. Esta visão fica explícita no comentário feito por Valquíria, em entrevista ainda durante a gravidez:

“A barriga crescendo, eu comprando as coisas, fazendo as ultras, mas parecia que eu não tava ainda... sabe, a ficha ainda não caiu totalmente? Eu falei para o Miguel [o marido]: *só quando tirarem e me derem a criança nos meus braços*, quando eu tiver que levar mesmo embora.” (Valquíria)

Valquíria acreditava que só se daria conta do que estava por vir quando o bebê nascesse. Mas, como sugere seu relato, o parto era para ela algo sobre o qual não teria qualquer participação. Nesse sentido, Valquíria se colocava quase como uma espectadora, que receberia o filho, depois que ele fosse “tirado” de seu corpo.

Esta noção de passividade é a mesma implícita na expressão “ganhar bebê” que, por sua vez, se contrapõe à idéia de pró-atividade associada à expressão “trabalho de parto”. Nesse caso, sugere-se justamente um esforço por parte da mulher com vistas a promover o nascimento do bebê. Com efeito, naquele contexto essa expressão é algumas vezes substituída por “passar mal”, tal como se apresenta no relato a seguir:

“Quando ela [a filha] começou a *passar mal* eu nem tava em casa. Eu deixei ela em casa, fui na feira com a minha outra irmã e com a minha filha e quando ela *passou mal*, que a irmã ligou, eles já tinham levado [para o hospital]. Porque assim, se eu tivesse em casa eu tinha trago ela para aqui [na casa de parto] primeiro, para eles verem, não é? Mas não, eles ficaram nervosos...” (mãe de Taiane).

Não por acaso, “passar mal” remete à idéia de doença, ou seja, a algo que acomete o sujeito e em relação ao qual não há muito a se fazer. Tal visão também parece estar contida na expressão “pegar barriga”, usada por algumas para referir-se à gravidez. Esta sugere que a mulher engravidou quase como por contágio, da mesma forma que se “pega” uma gripe ou um resfriado, isto é, de maneira involuntária – como, de fato, parece ocorrer naquele contexto, onde a gravidez na maioria dos casos não é planejada.

Considerando o uso dessas expressões naquele contexto, e da própria idéia, amplamente disseminada na sociedade, de que quem “faz” o parto é o profissional de saúde, a percepção de que o parto, nos moldes em que é proposto na CP, dependia exclusivamente das mulheres, merece destaque. O mais interessante é que, ao que parece, esta visão, em parte construída a partir do que lhes foi apresentado durante as oficinas e consultas, foi confirmada com base no que foi vivido e sentido com o corpo e no corpo durante a experiência de parto.

3.5.5.

Parto como passagem: a mulher “guerreira”

Ter superado a dor que – mesmo acompanhada de um complemento que a atenua – é geralmente descrita como “horrível” e vivenciado o parto sem a “ajuda” de medicamentos ou outros procedimentos de rotina, em muitos casos (58%) leva a mulher a se perceber como uma pessoa forte e capaz de superar qualquer desafio ou obstáculo.

“Hoje eu me sinto um mulherão. Um mulherão capaz de fazer tudo, de enfrentar tudo e todos. (...) Hoje, assim, hoje parece que eu vou conseguir tudo, conquistar tudo e eu vou conseguir. Vou conseguir sim. Eu enfrento tudo e é isso aí”. (Joana)

“Na hora [do parto] eu estava me sentindo fraca, mas, depois... Pô, depois de hoje, eu acho que sou forte, para aguentar o que eu aguentei...”. (Luciana)

“Quando saiu... Ah, minha filha, é como se saísse um vulcão de dentro de você. É imediato. Eu falei: ‘Agora, eu aguento qualquer coisa!’”. (Marisa)

“Eu vi que eu tinha uma força dentro de mim que eu não calculava que era grande assim, não. Graças a Deus eu vi que eu sou muito forte”. (Valquíria)

Como é possível notar pelos relatos, as mulheres muitas vezes se vêm surpreendidas com uma força que dizem ter “encontrado dentro de si” pela primeira vez – inclusive entre aquelas que já tiveram outros filhos. E essa força parece ser não só física, mas também emocional e psíquica, isto é, a força que está implícita na superação da adversidade, na resistência e no auto-controle. O parto para essas pessoas aparentemente é vivido, tal como proposto no projeto da CP, como uma experiência transformadora, que tem como marca a individualização do sujeito. Pois ainda que em companhia da família e dos profissionais – que estão ali não para “fazer” o parto, mas para “assisti-lo” –, elas vivem o parto de maneira solitária, já que têm a percepção de que este depende exclusivamente de sua performance. A experiência de solidão, incomum naquele contexto, possibilita o encontro com uma mulher forte e corajosa, que elas desconheciam. Assim, é a partir do ato de dar à luz que elas passam a se (re)conhecer e a ser vistas pelos demais como “guerreiras” – gíria comumente utilizada naquele contexto para se referir às pessoas consideradas persistentes e fortes, capazes de superar desafios e adversidades.

“[O meu namorado disse] ‘Você é uma guerreira!’ (Marisa)

“Eu fiquei muito orgulhoso [da minha mãe], porque ela foi muito guerreira [inaudível] aquele tempo todinho com ela na barriga e sentindo essas dores...” (Leonardo, 11 anos, filho Marisa)

“Eu pensava assim: ‘Poxa, eu sou muito nervosa’. E as pessoas falavam: ‘Valquíria, você é muito forte, você agüenta tanta coisa na vida’, ele [o marido] falava, algumas pessoas falavam, pelo meu histórico de vida, assim, pelo que eu já passei... Mas quando eu tive ele aqui aí o pessoal falou: ‘Pô, para ter lá na casa de parto tem que ser mulher mesmo, tem que ser guerreira, hein?’”. (Valquíria)

“Ela tinha muita força e provou até o final. Doze horas de trabalho de parto. Ela tem força e sabe disso. Com certeza isso deve influenciar as outras grávidas para aquela questão da mulher ser frágil e tudo mais. Eu com certeza não ia agüentar um negócio desses. Não ia mesmo! Doze horas? Tá brincando!” (William, namorado Iara)

“Essa experiência mostrou que eu era capaz, não só para mim, mas para todo mundo. Porque eu sou a primeira na família e acho que na rua [onde moro] a ter um parto natural”. (Lara)

Os acompanhantes são, nesse sentido, testemunhas do desempenho da parturiente, exposta a um rito de passagem, que implica em uma demonstração individual de força, resistência e auto-controle. Os que estão presentes fazem a

notícia chegar aos demais, entre eles familiares e vizinhos, exibindo a capacidade da mulher de dar à luz sem “ajuda” a todos os que dela duvidaram, como afirma Lara. Já o comentário de Valquíria aponta que o revés do estigma que paira sobre a casa de parto – onde os partos são como na “idade da pedra” – é que as mulheres que dão à luz ali são automaticamente convertidas em “guerreiras”. A “longa” duração do trabalho de parto aparece também como um critério para a avaliação da força feminina, colocando por terra a imagem da mulher como o sexo frágil, como afirma Wiliam.

De maneira geral, é possível dizer que o parto, nos termos em que é proposto no contexto investigado, se apresenta como um rito de passagem que tem como marca a individualização. Essa constatação contraria aquela feita por Turner (1974) que, a partir da elaboração do conceito de *communitas*, estabeleceu o estado de liminaridade como destituído de individualidade e compartimentalização, no qual a coletividade é posta em relevo.

Nesse aspecto, concorda-se com as observações feitas por DaMatta (1999) de que o sentido atribuído a essa fase pode assumir diferentes conotações, variando de sistema para sistema. Isto é, o estado de liminaridade deve ser entendido como variável e contextual, não devendo ser, portanto, atribuído a essências. Para DaMatta (1999), afirmar que a experiência de liminaridade promove uma ênfase na dimensão relacional e coletiva da vida social é algo pertinente apenas em sociedades nas quais a experiência diária é pautada pela lógica oposta, isto é, por uma maior individualização, como é o caso da sociedade norte-americana.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que a liminaridade varia de acordo com o sistema acerca do qual se está promovendo um afastamento, entendimento que, de fato, parece mais adequado para se compreender a experiência das mulheres que dão à luz na CP. Como mencionado, o parto “natural” representa para elas uma experiência de individualização, que não costumam desfrutar no cotidiano, uma vez que estão inseridas em uma estrutura familiar pautada por uma lógica relacional. Contudo, será essa mesma família que, depois do parto, irá receber e compartilhar com essa mulher – convertida em “guerreira” e mãe – os cuidados e responsabilidades com a criança.

O que ocorre, segundo DaMatta (1999), é que entre os sujeitos submetidos ao ritual de passagem a experiência com a individualização é vivida como um estado, não como uma condição central da condição humana. Nesse sentido, o autor propõe que se tenha clara a distinção entre a “experiência da individualidade”, isto é, aquela que implica em estar livre de obrigações sociais imperativas e cotidianas, da idéia de “indivíduo”, enquanto instituição central e normativa, fruto de uma construção ideológica do Ocidente. A percepção da individualização como um estado, de acordo com DaMatta (1999), é determinante para que a experiência de liminaridade seja vivenciada não como um momento de ruptura, mas como fortalecimento da complementaridade em relação ao grupo de origem.

“A individualização dos noviços nos ritos de passagem não envereda pelo estabelecimento de uma ruptura, por meio da ênfase extremada e radical em um espaço interno ou em uma subjetividade paralela ou independente da coletividade; antes, pelo contrário, essa individualização é inteiramente complementar ao grupo. Trata-se de uma autonomia que não é definida como separação radical, mas como solidão, ausência, sofrimento e isolamento que, por isso mesmo, acaba promovendo um renovado encontro com a sociedade na forma de uma triunfante interdependência quando, na fase final e mais básica do processo ritual, os noviços retornam à aldeia para assumir novos papéis e responsabilidades sociais” (DaMatta, 1999: 09).

Assim, o processo de individualização, diferentemente da construção ocidental, não é percebido pela maioria das mulheres de camadas populares como um “trunfo” da autonomia, mas como uma valorização do retorno ao grupo – no caso, a família – com uma renovação do elo e do débito para com ele. Dessa forma, é possível dizer que o projeto de construção de uma “nova mulher”, parte de um processo mais amplo de “cidadanização” impulsionado pela CP, parece não efetivar-se por completo, pois a experiência de “individualização” – primordial para que o sujeito se perceba como um cidadão, portador de direitos e deveres (Duarte et al. 1993) – é vivida pela maioria das parturientes como transitória, não implicando em uma ruptura com os laços de parentesco, mas, ao contrário, em seu reforço.

3.5.6. Dívida de gratidão

Se, do ponto de vista da mulher, ao retornar para casa há uma valorização do elo e da dívida para com a família, do ponto de vista do(a) filho(a) institui-se uma espécie de *dívida de gratidão* em relação à mãe, isto é, um compromisso moral pelo “esforço” e “sofrimento” a que esta foi submetida para “colocá-lo(a) no mundo”. Esta dívida é honrada, segundo os relatos dos entrevistados que a ela fizeram referência, “dando valor” à mãe, ou seja, dispensando-lhe um tratamento “respeitoso” ao longo da vida.

No caso das mulheres que dão à luz, o parto de certa maneira representa um momento de atualização dessa dívida, pois nessa hora elas se dão conta da experiência pela qual passaram suas mães quando elas próprias nasceram. Noutras palavras, na relação entre mãe e filha, o parto possibilita uma identificação, fazendo com que a parturiente se coloque no lugar da mãe e reconheça o “sacrifício” feito por esta no momento em que lhe deu à luz. Essa identificação promove, assim, uma reavaliação da relação entre ambas, na medida em que, “no processo de tornar-se mãe, a jovem reflete sobre sua situação como filha” (McCallum e Reis, 2006: 1487).

Mãe da Evelin: Ela sempre me deu valor, sabe? É uma filha que, graças a Deus, nunca me deu trabalho e sempre, dentro do meu lar, me respeitou. Hoje, ela vai me dar mais valor ainda, não é? Porque, hoje, ela é mãe. Então, ela sabe a dor de botar um filho no mundo, não é? Porque muitos a mãe passa, bota um filho no mundo e, hoje em dia, os filhos não respeitam a mãe. Hoje, ela tem essa experiência do que é botar um filho no mundo.

Entrevistadora: E você concorda com o que ela disse? De dar mais valor à sua mãe pelo fato de ter parido?

Evelin: Concordo. Eu tinha até falado disso com a minha sogra, eu sempre dei valor à minha mãe e, hoje em dia, eu dou mais ainda. O sofrimento que é.

Entrevistadora: Quem estava te acompanhando [no parto]?

Jussara: Estava o meu esposo e a minha mãe.

Entrevistadora: E como é que foi a escolha dessas pessoas?

Jussara: Ah, são as duas pessoas mais importantes da minha vida, que contribuem com a minha vida: a minha mãe, *por ter me dado a vida*, não é? Depois de Deus. E o meu esposo, que faz parte desse momento todo especial, e não podia ficar de fora.

No caso dos homens, a possibilidade de assistir ao parto como acompanhante, em alguns casos, parece ter um efeito equivalente ao ato de dar à luz para as mulheres, na medida em que lhes proporciona uma dimensão da “dádiva” (Mauss, 2003) no passado recebida. Assistir ao “grande esforço” que a parturiente faz para “colocar um filho no mundo” tem o potencial de gerar uma valorização da esposa e da mãe, que deve se traduzir em “respeito” e até “ajuda”, podendo levar o homem a assumir algumas tarefas que, até aquele momento, eram consideradas de atribuição da mulher.

Valquíria: “Minha filha até falou, a primeira coisa que meu pai falou quando ele chegou em casa (...): ‘Vocês tem que dar muito valor a mãe de vocês, vocês não sabem o que uma mulher passa para colocar um filho no mundo’. [Miguel, seu marido, ao fundo diz: É verdade, com certeza] Então, isso aí, eu acho que os homens deveriam participar para ver realmente... porque é muito bonitinho você pegar e dar o filho nos braços do pai, pegou, mas não viu nada. Ele era assim.

Miguel: Não, é isso mesmo.

Valquíria: Eu acho até que ele ficou mais sensível, ficou diferente, ficou até mais diferente assim de ajudar, porque ele viu o sofrimento, sofrimento assim entre aspas, que a pessoa passa realmente para ter o filho. Não é aquilo de já chegou com ele no braço: “Ah, chegou?”, todo mundo senta, “legal!”.

Miguel: É isso mesmo que a minha esposa falou. Eu conversei com ela, com as minhas filhas, até comentei com a minha mãe, com as mulheres assim, que temos que valorizar as mulheres, as nossas mães, as nossas esposas. Porque é um esforço muito grande para colocar um filho no mundo e amanhã ou depois tu vê os filhos respondendo às mães, respondendo os pais, muitas vezes a gente vê até pelo noticiário filho batendo em mãe, até matando mãe, e o esforço que é feito para colocar o filho no mundo é muito grande. Eu sou pai, mas tem que valorizar muito mais a mãe. Eu falei com as minhas filhas e comentei também com a minha mãe isso, temos que valorizar”.

Ainda que não exatamente nos termos em que propõe a CP, a experiência de parto, vivida ou assistida, parece, de fato, poder surtir um efeito transformador: 1) seja para uma parcela das mulheres, que ganha em confiança e auto-estima, ainda que isso não represente uma ruptura com os vínculos familiares, com os quais deve contar para auxiliar na criação do recém-nascido; 2) seja para os maridos/parceiros/namorados, que assistem suas mulheres em uma exibição de força, auto-controle e resistência, alguns deles passando a valorizá-las e admirá-las; 3) seja para as mães ou sogras, que vêem atualizada a dívida de gratidão que seus descendentes têm para consigo.