

4. Curso de preparação para o parto na Zona Sul

Esse capítulo reúne a análise do material obtido principalmente durante a pesquisa de campo em um curso de preparação para o parto “natural” e “humanizado” na Zona Sul do Rio de Janeiro¹⁴⁵, bem como a análise das entrevistas realizadas junto a gestantes e puerperas provenientes de camadas médias – em sua maioria frequentadoras do referido curso.

Na primeira parte do capítulo, o foco direciona-se à apresentação do curso e de sua professora, uma doula e reconhecida ativista do movimento pela “humanização” do parto e do nascimento no Brasil. Em seguida, é feita a descrição e análise de uma “Aula de Parto”, que procura transmitir uma série de conhecimentos, bem como prescrever ao casal determinados comportamentos e atitudes, que seriam vistos como necessários para o “sucesso” da proposta. O curso de preparação, de maneira geral, também procura apresentar as especificidades da forma de atuação do profissional “humanizado”, bem como informar as gestantes sobre as intervenções médicas, seus usos e sentidos.

Na segunda parte, o foco é deslocado para as mulheres, apresentando quem são elas e quais as suas motivações para dar à luz de forma “natural” e “humanizada”. Em seguida, passa-se à questão da família conjugal e aos desafios por ela enfrentados na tentativa de conciliar o “eu” e o “nós”. No que se refere ao parto, do ponto de vista das mulheres que compõem esse grupo, as escolhas que o envolvem parecem ser consideradas um momento em que a inflexão do “nós” se faz necessária, considerando que a experiência de parto envolve diretamente seus corpos. A relação com a mãe da gestante/parturiente e com a doula também será objeto de atenção.

Por fim, passa-se especificamente à questão do parto, o que inclui reflexões acerca dos significados atribuídos à dor nesse contexto e como ela é vivida pelas mulheres de camadas médias entrevistadas, bem como ao lugar assumido pelo corpo durante o trabalho de parto. Como será explorado ao fim

¹⁴⁵ Em determinados momentos se fará referência ao outro grupo de apoio à gestação e ao parto na Zona Sul que, como mencionado na Introdução, também teve oportunidade de assistir algumas de suas reuniões.

desse capítulo, o parto “natural” e “humanizado”, assim como ocorre entre as mulheres de camadas populares, se apresenta como um teste de força e resistência, que converte as que o superam em “supermulheres”, mas, por outro lado, gera grande frustração naquelas que não têm a mesma experiência – o que não se observa entre aquelas provenientes de camadas populares.

4.1.

O curso

O instituto onde foi realizada essa parte da pesquisa de campo é um espaço que integra, segundo classificação proposta por Magnani (2000) em estudo sobre o fenômeno da Nova Era no Brasil, o denominado “circuito neo-esotérico”, podendo ser definido como um “centro integrado”¹⁴⁶. O local ocupa duas salas em um prédio comercial na Zona Sul do Rio de Janeiro: em uma são desenvolvidos trabalhos direcionados a “Gestantes, mães e bebês”, conduzidos por Flora, que é doula e ativista da ReHuNa, e na outra, trabalhos de “Terapias naturais e yoga”, levados a cabo por Heitor, seu companheiro. É válido mencionar que Flora é uma das principais representantes da chamada vertente “alternativa” da ReHuNa, segundo a classificação proposta por Tornquist (2004), sendo reconhecida como uma importante liderança do movimento.

As aulas de “yoga para gestantes” ministradas por ela e oferecidas duas vezes por semana em vários horários, são o carro-chefe do instituto e tem como foco a preparação para o parto “natural” e “humanizado”. As aulas têm 1h30 de duração e são divididas em uma parte teórica (cujos temas são, alternadamente, “preparação para o parto” e “cuidados com o recém-nascido”), que dura cerca de 30 minutos, e outra prática, com 1h de duração.

¹⁴⁶ De acordo com Magnani (2000), os “centros integrados” “reúnem e organizam, num mesmo espaço, vários serviços e atividades como consultas através de um dos diferentes sistemas oraculares, terapias e técnicas corporais alternativas, palestras e cursos de formação, venda de produtos, vivências coletivas. Não apresentam um corpo doutrinário fechado, mas apresentam suas escolhas (no campo editorial, no leque de serviços que oferecem, na linha de produtos que vendem) com base em uma corrente em particular ou em conjunto de discursos mais ou menos sistematizado, podendo, contudo, combinar elementos de várias tendências filosóficas, religiosas e esotéricas clássicas. Gerenciados em moldes empresariais – muitos deles são microempresas – tem como base o trabalho de profissionais da casa, que geralmente são os proprietários, mas abrem espaço para a atuação permanente ou esporádica para pessoal de fora” (Magnani, 2000: 30)

Ao fazer a matrícula nas aulas de yoga, as alunas devem agendar uma “avaliação”, durante a qual é realizada uma longa e detalhada anamnese, que inclui perguntas sobre hábitos alimentares, atividade física, doenças familiares, estilo de vida, percepção sobre a gravidez, expectativas em relação ao parto, além de informações sobre o feto. A aluna também é orientada a levar os exames de ultra-sonografia, não apenas nesse primeiro encontro, mas ao longo de toda a gestação e as informações são anotadas por Flora em uma espécie de “prontuário”, sugerindo um acompanhamento quase médico da gestação por parte da professora, que não tem formação na área. De fato, não é incomum que alunas do curso que apresentem complicações durante a gestação a procurem buscando orientação e dicas de tratamento¹⁴⁷.

Com base nessa “avaliação”, Flora elabora uma série individualizada de posturas de yoga e exercícios respiratórios. Assim, embora a mulher compartilhe o horário da aula com outras, cada uma segue uma série distinta, individual, o que parece ir ao encontro da própria filosofia da “humanização”. Esta série vai aumentando de tamanho e complexidade com o passar do tempo e, nas últimas semanas de gestação, passa a incluir exercícios mais direcionados ao trabalho de parto, em especial aqueles na posição de cócoras – considerada a ideal por muitos ativistas, por tirar proveito da gravidade.

Em todas as aulas, a parte final é dedicada a uma espécie de mentalização dirigida, em que a professora orienta as alunas a ficarem deitadas, de olhos fechados: a cada inspiração, Flora recomenda que se absorvam energias positivas e, a cada expiração, se coloque para fora medos e inseguranças, que não raro acometem as mulheres durante a gravidez, como atesta o estudo de Rezende (2009). Em seguida, Flora sugere que as gestantes imaginem seus “bebês” em posição cefálica, com o dorso para o lado esquerdo (posição que, segundo ela, seria considerada a ideal para o parto “natural”) e recomenda às futuras mães que

¹⁴⁷ Eu mesma a procurei quando, ao final da gestação, o feto encontrava-se pélvico (ou “sentado”, como costuma-se dizer) e meu médico, que era “humanizado” e sempre se mostrou esperançoso quanto à possibilidade de ele mudar de posição, disse que, se isso não acontecesse, achava mais prudente fazer uma cesárea. Flora me orientou a fazer algumas posturas invertidas da *yoga*, a tomar um floral de Bach e marcamos algumas sessões de acupuntura, que tinham como objetivo estimular o feto a virar. A minha sensação era de que o tratamento prescrito por ela era quase “mágico”, mas aderi a ele com afinco, pois estava preocupada com a possibilidade de ter que fazer uma cesárea. Meu maior incômodo com a cirurgia era não viver a experiência corporal sobre a qual tantas e tantas vezes ouvira falar antes e durante a pesquisa.

conversem mentalmente com seus “filhos”, dizendo-lhes como desejam que sejam seus partos. Por fim, pede que as alunas enviem vibrações positivas às grávidas do grupo que se encontram com mais de 37 semanas de gestação, cujos nomes ficam anotados em um quadro e são lidos em voz alta por ela¹⁴⁸.

Além da yoga para gestantes, são eventualmente oferecidos cursos de curta duração (aos sábados, de 8h às 13h), também ministrados por Flora e com temas diversos, tais como: “Aula de Parto”, “Amamentação”, “Cuidados com o bebê: com orientações caseiras e naturais” e “Shantala: massagem oriental para bebês”. Esses cursos costumam ser freqüentados pelas alunas de yoga e por seus parceiros, sendo a “Aula de Parto” o mais procurado deles.

Aproximadamente a cada 15 dias também são realizadas sessões de vídeos e palestras com profissionais “humanizados”, gratuitas e abertas ao público. As palestras, que tem em média 2h de duração, ocorrem logo após a aula de yoga do turno da noite – horário que eu costumava freqüentar – e em geral são bastante concorridas. Delas participam principalmente as alunas do curso, de todas as turmas, e seus maridos.

Os palestrantes convidados por Flora são majoritariamente médicos obstetras e pediatras, que costumam falar sobre a forma de atuação do profissional “humanizado”, em geral apresentada como individualizada e “respeitosa” para com a mãe e o bebê. Flora eventualmente também ministra palestras sobre o papel da doula no parto e sobre shantala (massagem oriental para bebês), alguns dos serviços que oferece.

Ocasionalmente, as palestras são substituídas por relatos de casais que passaram recentemente pela experiência de parto. O convite é feito através de uma comunidade em uma rede social, da qual participam alunas e ex-alunas do instituto, não havendo qualquer tipo de seleção. Aquelas que já deram à luz são

¹⁴⁸ Na época, ter o nome incluído no quadro me deu um “frio na barriga”, pois de certa maneira oficializava a proximidade do parto – momento que foi muito aguardado mas, ao mesmo tempo, temido. Quando se tem o nome inserido na lista significa que você está entre as próximas da “fila”, o que gera uma sensação talvez semelhante àquela vivida por alguém que está no avião aguardando para saltar de pára-quedas. Isto é, houve toda uma preparação prévia para a experiência, possivelmente até mesmo com o intuito de torná-la mais controlável, mas, em última instância, o que a define é sua imprevisibilidade, como tantas vezes sugerido nas aulas de preparação para o parto.

convidadas a retornar, preferencialmente acompanhadas de seus maridos e bebês, para contar suas histórias de parto, independentemente de ter sido “normal”, “natural” ou cesárea. Em média 3 ou 4 casais atendem ao chamado e contam em detalhes suas experiências¹⁴⁹, que são aguardadas com interesse pelas demais alunas do curso.

Uma vez por ano, Flora ainda organiza, com a ajuda de voluntários – muitos dos quais alunas, ex-alunas e seus maridos – um encontro intitulado “Gestação e Parto Natural Conscientes”, do qual costumam participar ativistas e profissionais “humanizados”, além de gestantes interessadas no tema. A primeira edição do encontro ocorreu em 1979, antes mesmo da institucionalização do movimento em favor da “humanização” do parto e do nascimento, mas, desde a fundação da ReHuNa, em 1994, abrigou a 1ª Plenária Nacional da Rede, o que tem se repetido até hoje, convertendo o encontro em um importante fórum de discussão e ponto de encontro para os ativistas.

Segundo Tornquist (2004), a definição pela realização da plenária juntamente com o “Encontro de Flora”, como costuma ser chamado entre os membros da ReHuNa, resultou da dificuldade inicial da Rede em articular ações e em promover a comunicação entre seus membros, que na época se dava principalmente por meio de cartas. No final do ano de 1994, o grupo buscava organizar um evento de grande abrangência, e, após algumas tentativas, todas elas frustradas, Flora propôs que este acontecesse juntamente com o encontro que organizava. A proposta foi aceita e, segundo Tornquist (2004), conferiu grande prestígio à Flora e ao grupo “alternativo”, que era minoritário no contexto de fundação da ReHuNa, mas exibiu uma grande capacidade organizacional e de articulação. De acordo com a autora,

¹⁴⁹ Os “relatos de parto”, tanto orais quanto escritos, são uma prática bastante comum entre mulheres que passaram pela experiência de parto “humanizado” e costumam ser “consumidos” com avidez pelas gestantes que almejam vivenciá-lo, em especial através de sites e comunidades na internet, como será visto ao longo desse capítulo. Eu mesma compareci, com meu marido e nossa filha recém-nascida, para contar como fora o parto. Com efeito, recordo-me que o relato do parto de Lia foi repetido diversas e diversas vezes logo após seu nascimento e nos meses subsequentes. No meu caso, pelo fato de estar fazendo uma pesquisa sobre o assunto, tive a sensação de que a expectativa e curiosidade sobre o desfecho do parto parecia ser ainda maior.

“Esta coincidência ou este acaso teve desdobramentos decisivos no processo de consolidação de uma identidade para a REHUNA (sic), que passou aos poucos a articular duas matrizes discursivas, já presentes em Campinas [no ato de fundação da rede]. Apesar de influenciadas pelo feminismo, as pessoas de ambas as vertentes [biomédica e alternativa] eram vistas como muito diferentes pelos próprios participantes” (2004: 166).

O contato com a vertente biomédica do movimento teria contribuído para definir um formato acadêmico-científico aos encontros organizados por Flora – hoje frequentemente realizados em universidades –, distanciando-se do estilo *hippie* que, segundo Tornquist (2004), deram a tônica dos primeiros eventos, no qual predominava a realização de oficinas, vivências e retiros naturalistas.

O espaço físico

As salas ocupadas pelo instituto contam com um *hall* de entrada, onde há uma porta para um banheiro e outra para o espaço mais amplo onde ocorrem as aulas e palestras. No *hall* da sala usada por Flora e suas alunas, as paredes contam com vários pôsteres: um deles apóia o consumo de alimentos orgânicos, outro informa sobre o tempo de decomposição dos materiais, um terceiro denuncia o uso de animais para testes nos laboratórios de uma empresa de cosméticos, e há ainda o que incentiva o uso de fraldas de pano. É possível dizer que os pôsteres expressam, em grande medida, o estilo de vida e as crenças de Flora, que não necessariamente são compartilhados por todas as alunas, como será exposto adiante. Fixados nas paredes do *hall* estão ainda alguns certificados e diplomas de cursos realizados por Flora, bem como entrevistas com ela que saíram na imprensa, reportagens sobre os benefícios da atuação da doula no parto, além de quadros de deuses hindus, sugerindo a influência de crenças orientais.

Em uma estante de madeira em estilo oriental, Flora expõe os livros que publicou sobre o tema: um sobre meditação para gestantes, outro sobre yoga para gestantes, um terceiro sobre a atuação da doula no parto e o último, publicado recentemente, tem o formato de uma agenda e deve ser preenchido pela mulher ao longo da gravidez, narrando suas sensações e emoções. No livro constam ainda informações diárias sobre o desenvolvimento do feto, as transformações corporais pelas quais passam as mulheres durante a gestação e, é claro, sobre o trabalho de parto e parto, tendo como foco o parto “natural” e “humanizado”. Os livros encontram-se à venda e podem ser manuseados pelas alunas, que se sentam ali

para aguardarem o início da aula. Naquele ambiente, as gestantes normalmente têm um contato mais direto e trocam informações sobre assuntos variados, que costumam girar em torno do tema da gravidez e do parto. Foi ali que, algumas vezes, entrei em contato com as mulheres que viria a entrevistar, sendo geralmente bem recebida por elas, que costumavam manifestar grande interesse em compartilhar suas motivações e a busca por elas empreendida para vivenciar um parto “natural” e “humanizado”.

Na sala mais ampla, onde são realizadas as aulas de yoga e as palestras, um revestimento branco e macio recobre o piso e diversas almofadas coloridas ficam dispostas próximas às paredes, sugerindo uma atmosfera informal e descontraída, muito semelhante à observada na sala onde são realizadas as oficinas da casa de parto. O espaço é pequeno para o número de alunas, especialmente no horário da noite, que costuma ser o mais concorrido.

Logo que comecei a frequentar as aulas, fiquei surpresa com a presença de dois homens que faziam parte da turma, acompanhando as parceiras em suas séries de yoga e dividindo o exíguo espaço da sala com as demais grávidas. A presença deles em meio a tantas barrigas me remeteu de imediato ao fenômeno do “casal grávido”, que serviu de base e pilar para o movimento pela “humanização”, tendo sido “englobado”¹⁵⁰ por ele. Nesse sentido, é possível dizer que a presença do pai, não só no parto, mas em todas as etapas da gestação, costuma ser bastante incentivada por Flora, que vivenciou o fenômeno do “casal grávido” no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 (Salem, 2007), como será exposto a seguir.

A trajetória de Flora

Nos anos 1970, depois de ter abandonado a faculdade de Comunicação Social e um emprego público, Flora foi viver com seu companheiro em uma comunidade *hippie* no bairro de Santa Teresa, onde ambos davam aulas de yoga e ministravam cursos de terapias “naturais”. Muito envolvida com a prática oriental, Flora começou a pesquisar sobre yoga para gestantes, vindo a desenvolver um método com posturas que poderiam facilitar o parto. Quando engravidou, em

¹⁵⁰ Inspirado em Louis Dumont, DaMatta afirma que “englobar” seria a “operação lógica na qual um elemento é capaz de totalizar o outro em certas situações específicas” (1991:19).

1977, teve a oportunidade de colocá-lo em prática. Sendo sua “primeira cobaia”, considerou que o método havia sido bem-sucedido, pois teve um parto que classificou como “ótimo”, tendo em vista que foi praticamente indolor.

Na época, Flora deu à luz em casa, decisão que tomou depois de assistir à intensa – e frustrada – saga de outra gestante da comunidade que pretendia ter um “parto de cócoras”. Ela engravidara alguns meses antes de Flora e acabou tendo um parto “normal” hospitalar, repleto de “intervenções”, segundo explicou a doula. Pela prática de yoga e por ter amigos em comum, Flora conhecia o filho do “pioneiro” Moises Paciornik, também médico, que esteve juntamente com o pai entre os índios Kaigangue, no Sul do Brasil. Ela contou ter sido incentivada por ele a dar à luz sem assistência médica: “Olha, as índias têm sozinhas lá na floresta, para que você precisa de médico?”. Com o incentivo, o casal decidiu ter o bebê sozinho, mesmo sem contar com o apoio dos demais membros da comunidade, que fizeram uma reunião para anunciar que se eximiam de qualquer responsabilidade.

Cerca de um mês antes do nascimento da filha, um monge budista que frequentava a casa onde Flora morava, que era aberta para meditação, soube da intenção do casal de dar à luz sem assistência médica. Preocupado, o monge passou a levar uma médica recém-formada para meditar ali, que aos poucos se aproximou e perguntou se poderia estar presente no dia do parto. O casal inicialmente rejeitou a oferta, mas depois, tendo maior contato com a jovem, concordou com sua presença, desde que silenciosa e passiva.

Flora conta que quando a bolsa estourou, no nascer do sol de um dia de verão, em 1978, já estava “tudo preparado”:

“No quarto da gente não tinha nada, tinha uma esteira no chão, lençol e uma caixinha que a gente tinha reservado todo o material que precisava, tudo bonitinho e arrumadinho. No quarto não tinha nada, só isso. Para dizer que não tinha nada, tinha uma comadre. Eu acorei em cima da comadre”.

A médica, que chegou quando o trabalho de parto já estava avançado, teve sua atuação limitada pelo casal. Na única hora em que se pronunciou – quando o bebê estava coroando, avisou que aquele seria o momento indicado para fazer uma episiotomia – foi interrompida pelo companheiro de Flora: “Não vai

precisar”, sentenciou ele. Depois do nascimento do bebê, a médica pinçou o cordão e fez uma sutura em Flora, que se negou a tomar anestesia e ainda hoje questiona a necessidade dos pontos, por considerar que praticamente não houve ruptura do períneo. Após a experiência, o casal perdeu o contato com a médica. “Acho que ela ficou muito traumatizada, porque não continuou a frequentar a casa”, comentou Flora, sorrindo.

Depois dessa experiência, o caminho para tornar-se “acompanhante de parto”, como então definia a hoje doula, foi “natural”. Ela passou a dar aulas de yoga para gestantes e, apesar da dificuldade de acesso ao bairro de Santa Teresa e da divulgação se limitar ao boca-a-boca, as alunas vinham de diferentes regiões da cidade. Flora montou grupos de gestante e se deu conta de que “não tinha escapatória, o negócio tinha que fluir para esse lado”, sugerindo tratar-se de vocação e não propriamente de uma escolha. Devido ao convívio durante toda a gravidez, as alunas começaram a perguntar se ela não poderia estar presente também durante o trabalho de parto. Foi assim que deu início às atividades que, mais tarde, passaram a ser – nacional e internacionalmente – identificadas como sendo de atribuição das doulas.

A partir dessa breve descrição sobre a trajetória de Flora, na qual suas experiências pessoais e profissionais estão diretamente imbricadas, gostaria de destacar alguns aspectos.

Um deles é como o relato de seu parto enfatiza o lugar central assumido pelo casal no parto, possivelmente um dos primeiros representantes do fenômeno do “casal grávido” que, segundo Salem (2007), data do início dos anos 1980 e previa a participação do pai na gravidez e no parto, assuntos que até aquele momento eram restritos ao universo feminino.

Como consequência da ingerência do casal sobre o parto, a médica, segundo o relato de Flora, claramente assume um lugar secundário na cena, sendo sua presença, descrita como coadjuvante e passiva, fruto de uma escolha deliberada do casal. Nesse sentido, é possível dizer que, da forma como é narrado, o parto de Flora dramatiza uma contestação veemente ao poder médico e, em

última instância, promove uma inversão de papéis na relação hierárquica entre médico e paciente.

A inspiração de Flora e Heitor teria vindo do Oriente, por influência das obras de Leboyer e da prática de yoga, mas também de povos indígenas, cujas experiências de parturição, descritas por Paciornik (1979) a partir do contato com membros da etnia Kaingangue no Sul do país, atestariam o poder da fisiologia, isto é, da biologia e da natureza, sobre a tecnologia e a cultura. Nesse sentido, os povos “tradicionais” despontariam como importantes referências, pelo convívio considerado harmonioso com a natureza e pela “simplicidade” que marcariam o estilo de vida de seus integrantes, em oposição à “tecnologização” das sociedades ocidentais contemporâneas.

A opção pela “simplicidade”, de fato, parece ter sido uma marca do parto de Flora, que deu à luz em um cenário quase espartano. Se na modernidade o consumo é a tônica, Flora e seu marido, como legítimos representantes de uma geração que questionava esses valores, fez a opção pelo “mínimo” necessário, como uma espécie de fastio diante do excesso, que se manifestou não só na recusa às intervenções, mas também no que se refere à infra-estrutura montada para o parto.

Por outro lado, o depoimento de Flora sugere que para dar à luz com “simplicidade” requer um preparo. Nesse sentido, o casal havia se informado¹⁵¹ e estava inclusive sendo instruído à distância por um obstetra, o que significa que a experiência não representou uma ruptura com o saber médico, considerando que foi um de seus representantes quem justamente a teria avalizado.

Como será possível notar, muitos dos preceitos que nortearam a experiência pessoal de parturição de Flora – como o da igualdade e da antinormatividade¹⁵² – estão presentes no trabalho que ela veio a desenvolver no curso de preparação para o parto e, por sua vez, também no discurso das mulheres. O que sugere que, como uma via de mão dupla, através das aulas as

¹⁵¹ Prova disso está no domínio do termo técnico “episiotomia” e no conhecimento sobre a finalidade do procedimento, o que possibilitou inclusive rejeitá-lo.

¹⁵² Preceitos que, de maneira geral, estavam presentes no fenômeno do “casal grávido”, estudado por Salem (2007) nos anos 1980.

gestantes se identificam com a proposta, ao mesmo tempo em que são conformadas por ela (Salem, 2007).

O enfoque

As mulheres entram no curso ao longo de todo ano, em momentos variados da gestação e, por meio das aulas e palestras, logo tomam contato com a discussão em torno do uso abusivo de tecnologias médicas no processo de parturição. A crítica feita por Flora e pelos profissionais de saúde que frequentam o instituto incide não apenas sobre a cesárea, que seria o paradigma desse modelo, mas sobre o próprio parto “normal” tal qual realizado nas maternidades brasileiras, isto é, de forma medicalizada e padronizada. Ambos são interpretados como manifestações do poder médico sobre o corpo feminino, que seria naturalmente apto e capaz de dar à luz sem a necessidade de intervenções.

Os médicos conveniados aos planos de saúde costumam ser os mais criticados, sendo frequentemente acusados de terem submetido o parto a uma lógica comercial e impessoal. De forma um tanto explícita, mas muitas vezes não percebida pelas gestantes, o parto “humanizado”, tal qual apresentado nas aulas de preparação, é associado a posicionamentos feministas, apresentando-se como uma reivindicação e uma defesa dos direitos das mulheres, e também das crianças, na assistência ao nascimento. Da mesma forma, também opera como pano de fundo a idéia de direitos do consumidor, buscando enfatizar o poder de escolha da parturiente nas decisões relativas ao parto, adotando como premissa a equidade na relação médico-paciente. “Vocês estão pagando, o parto é de vocês!”, costumava enfatizar Flora.

4.1.2. (In)formando

Ao longo das aulas teóricas, o curso de preparação para o parto busca instrumentalizar as gestantes para o que seria o exercício de seus direitos e dos da criança que está por nascer, o que passa pela transmissão de informações detalhadas sobre procedimentos e práticas médicas. O objetivo é que a mulher tome conhecimento da proposta de parto “natural” e “humanizado” e se torne apta a negociar com o profissional de saúde os rumos do parto, bem como os cuidados

que serão dispensados ao recém-nascido em suas primeiras horas de vida – cenário bastante diverso daquele observado nos grupos educativos da casa de parto.

Como se verá adiante, para algumas alunas as aulas do curso as colocam em contato pela primeira vez com a proposta de parto “natural” “humanizado”, enquanto para outras vêm a reforçar e legitimar uma busca individual, que na maioria das vezes teve início através da Internet. Para todas, porém, é possível dizer que as aulas, somadas às leituras de obras especializadas e à assistência a uma série de vídeos, compõem uma espécie de “pedagogia do parto”, como sugerira Tornquist (2004).

Nesse sentido, ainda que sejam constantes as referências à fisiologia, aos instintos e à natureza feminina, é possível notar a importância atribuída a um aprendizado emocional e corporal para o parto. A transmissão orientada dessas técnicas corporais, nos termos em que propõe Mauss (2003), faz-se necessária uma vez que estas não compõem “o repertório da socialização espontânea ou informal das mulheres”, como o afirma Tornquist (2004: 136).

A seguir passarei à descrição de uma Aula de Parto, que fiz quando estava no final da gravidez, com o intuito de preparar-me para o parto e também de colher material para a pesquisa. A Aula de Parto é indicada para mulheres que se encontram no final da gestação – entre 28 e 34 semanas – e contempla alguns dos assuntos abordados nas aulas teóricas ministradas ao longo do curso.

Aula de parto

Eu e meu marido colocamos o despertador e acordamos cedo naquele ensolarado sábado de abril. Já estava com 37 semanas de gestação e, finalmente, iria fazer a Aula de Parto. No início da pesquisa havia indagado Flora sobre a possibilidade de assisti-la, mas na ocasião, ainda hesitante em relação ao estudo, ela se mostrara reticente. Apesar de fisicamente cansada, eu estava animada e curiosa para fazer o curso. Prestes a dar à luz, posso dizer que naquele momento o interesse pessoal se sobrepunha ao da pesquisa. Naquele sábado, que caiu em um

feriado, poucas pessoas participaram da aula: éramos três casais e uma gestante, cujo marido estava no exterior e chegaria perto da data prevista para o parto.

Flora iniciou a aula com a exibição do filme “Sagrado”, feito por um médico “humanizado” do Espírito Santo e que exibe dois partos acompanhados por ele em um hospital. No filme, que é em preto e branco e parece ser dos anos 1980, as mulheres, com um semblante tranqüilo e sem demonstrar sentir dor, dão à luz, acompanhadas de seus parceiros, de cócoras. As imagens são frontais e mostram a dilatação da vagina no momento da saída do bebê, o que na ocasião gerou desconforto para um dos casais, que, supus, não fazia aulas no instituto.

Em seguida, Flora falou sobre as recomendações da Organização Mundial da Saúde para o parto “normal”, acrescentando que, como “clientes”, tínhamos que reivindicar para que essas práticas fossem respeitadas. Repetindo uma informação já transmitida em outras aulas do curso de preparação para o parto, ela afirmou que para o “parto fluir” era necessário haver liberdade, respeito e privacidade: “Não avise todo mundo quando entrar em trabalho de parto, deixe a televisão desligada, fique em um clima introspectivo, na ‘sua’, na penumbra, com uma música gostosa”, disse, acrescentando que “melhor é musica instrumental, para não evocar memórias, lembranças”.

Flora alertou ainda sobre os principais “sinais” emitidos pelo corpo quando do início do trabalho de parto: saída do tampão mucoso, contrações, ruptura da bolsa de águas (“observem o líquido quando estourar: deve parecer com água de coco e ter cheiro de água sanitária” e ainda: “se estourou a bolsa e não teve contração, é preciso caminhar”), além de possíveis “sinais secundários”, como enjôo e diarreia. “É o corpo se limpando, se preparando. Não se assustem, o trabalho de parto tem sangue, líquidos, muitas mulheres evacuam, faz parte”. A mesma gestante que se surpreendera com as imagens do parto no filme manifestou incômodo com essa possibilidade e foi tranqüilizada pela professora: “Você não vai nem perceber!”, acrescentando que deveríamos nos desconectar do que estivesse acontecendo ao redor.

Segundo Flora, “a pessoa tem que se entregar no trabalho de parto”. Mas a “entrega”, de acordo com suas instruções, era antecedida de uma grande

preparação, o que a levou a dedicar boa parte da aula transmitindo tais conhecimentos. Um exemplo foi a informação, transmitida em detalhes, do que deveríamos levar para a maternidade: guia de internação impressa, cópia do plano de parto, aparelho de som, câmera de fotos, bolsa de água quente para colocar nas costas durante o trajeto, além de alimentos energéticos, como mel, chocolate e barra de cereal. “Deixem tudo preparado antes, para depois não precisar pensar em coisas funcionais”.

Claramente inspirada nas teorias de Michel Odent, a professora afirmou que na fase final do trabalho de parto agiríamos com a parte “primitiva” do cérebro: “A mulher vira bicho”, afirmou, acrescentando que “isso é ótimo” e deve ser incentivado pelos que estão ao redor, evitando falar ou dirigir-lhe a palavra. “[A mulher em trabalho de parto] Não tem censura. Não fiquem chateados, nem levem nada para o lado pessoal”, orientou os parceiros, dando exemplos de situações em que, nós, como parturientes, poderíamos demonstrar agressividade ou sermos grosseiras.

Apesar de advertir que o trabalho de parto é extremamente variável, Flora desenhou uma elaborada tabela no quadro, com uma estimativa dos intervalos e do tempo de duração das contrações. O trabalho de parto, seguindo uma estrutura que costuma servir de parâmetro para a prática médica, foi dividido em diferentes etapas e fases: a primeira foi definida como “fase latente”, quando as contrações ocorreriam de modo regular, porém com um grande intervalo entre elas. Em seguida, haveria a chamada “fase ativa”, quando o intervalo entre as contrações seria menor (de 5 a 3 minutos) e estas durariam por mais tempo. A última parte da “fase ativa” corresponderia ao “período de transição”, quando as contrações seriam ainda mais intensas e o intervalo entre elas mais reduzido. Este período assinalaria a transição para a segunda etapa do trabalho de parto, ocasião em que o colo do útero estaria completamente dilatado e teria início o chamado “período expulsivo”, que se concluiria com o nascimento do bebê.

Se no início do trabalho de parto, a orientação de Flora era para que tentássemos relaxar e dormir para que estivéssemos descansadas para a “fase ativa” do processo, conforme o intervalo entre as contrações fosse reduzindo, Flora recomendou a realização de exercícios respiratórios e físicos, não sem antes

reconhecer que “espontaneamente a mulher já começa a fazer posturas e posições”. Depois, resumiu: “contração é trabalho”, sugerindo que nossa atuação seria fundamental para favorecer o trabalho de parto. Para auxiliar, propôs ainda o uso de chás (de gengibre ou canela em pau “bem concentrados”) e massagem, estimulando certos pontos de Do-in¹⁵³. “No intervalo entre as contrações, vocês devem relaxar”, orientou.

Na descrição de Flora, o momento inicial do trabalho de parto deveria ser passado em casa e vivido idealmente apenas pelo casal (“não avisem a família”, recomendou mais de uma vez). Para ela, a família de origem poderia prejudicar, pois desconcentraria, tiraria a privacidade e, diante da dor, tenderia a transformar a parturiente em “vítima” – o que sugere o predomínio de uma visão psicologizada. “A dor é amiga, é legal: tem que agradecer a contração, é necessária para o trabalho de parto. Você tem que estar sempre acima da dor, não pode deixar ela te pegar”, disse, sugerindo-nos encarar a dor de forma positiva.

No entanto, para os casos em que o limiar individual fosse muito baixo, reconheceu a analgesia como uma possibilidade. “Mesmo com o trabalho psicológico de aceitação da dor, algumas precisam da analgesia para relaxar”. A professora enfatizou, contudo, a diferença entre anestesia e analgesia: enquanto a primeira se traduziria por uma grande dose do medicamento, que tiraria toda a sensibilidade e impediria os movimentos, a segunda seria administrada em pequena quantidade, o que não inviabilizaria a mobilidade durante o trabalho de parto, isto é, não tiraria o controle sobre o corpo, possibilitando que se continuasse “ativa no parto”.

Em casa, sem a presença da família ou de profissionais, o marido, segundo esse *script*, assumiria um papel central, devendo-se encarregar de funções bastante claras (“O marido a gente bota para trabalhar para não ficar muito nervoso”, brincou). A primeira seria anotar as contrações, isto é, assumir uma atividade que exigiria uma racionalização do processo, para que a parturiente, liberada dessa função, pudesse manter-se introspectiva e relaxada, permitindo-lhe ir para a “partolândia”, espécie de transe ou “estado alterado de consciência”, que a mulher

¹⁵³ Técnica oriental de massagem.

poderia atingir durante o trabalho de parto¹⁵⁴. Caberia ao parceiro também massagear a mulher no momento das contrações e, ainda, fazer a interface com os profissionais (médico e, nos casos em que tiver sido contratada, também a doula) pelo telefone, quando julgasse necessário. Das informações transmitidas por ele sobre o desenrolar do trabalho de parto dependeria a identificação do momento ideal para a ida à maternidade¹⁵⁵ – assunto que, pude notar ao longo das aulas, costuma gerar grande insegurança nas gestantes¹⁵⁶. No “roteiro” que nos foi apresentado, este momento foi localizado de maneira precisa: quando as contrações estivessem em intervalos de 5 minutos (para quem mora mais longe do hospital) ou 3 minutos (para quem mora mais perto) e duração de aproximadamente 1 minuto. A professora nos recomendou que a ida à maternidade fosse retardada, pois o ambiente doméstico seria o mais adequado para o “bom andamento do trabalho de parto”, devido à privacidade e liberdade que oferece à mulher.

Já na maternidade, que segundo alertou Flora tem a estrutura montada para receber mulheres que vão dar à luz por meio de cesarianas previamente agendadas (“Segunda-feira é o pior dia, porque os pais querem emendar os cinco dias da licença com o fim de semana”, advertiu), arrumar um quarto seria quase uma “batalha”. Como estratégia, ela nos orientou a fazer posturas e exercícios na recepção: “Simule um pouco mais do que você sentindo”. Depois de “conquistado” o quarto, sua recomendação era de que tentássemos criar o mesmo clima que havia sido construído em casa: com música e penumbra, para que o ambiente novamente favorecesse a introspecção e a “entrega”.

No hospital, de acordo com a professora, a maior fonte de perturbação seriam os profissionais que lá trabalham, especialmente representados pela figura da técnica de enfermagem, que “entra e sai quando quiser”, interferindo na

¹⁵⁴ O assunto será retomado e explorado ao longo do capítulo.

¹⁵⁵ Como se verá adiante, o público que frequenta o curso é, em sua maioria, composto por mulheres que dão à luz na maternidade, havendo algumas poucas exceções que fazem a opção pelo parto domiciliar. É possível que isso ocorra pelo fato de que há uma equipe de enfermagem obstétrica que atualmente assiste a maioria dos partos domiciliares na cidade e também oferece esse tipo de preparação.

¹⁵⁶ Uma das entrevistadas lamentou muito ter “errado” esse *timing* no parto do segundo filho e ido para a maternidade quando já estava no período expulsivo. O bebê quase nasceu no táxi, o que gerou um estresse muito grande para ela e para o marido. O atraso na saída de casa ocorreu, segundo ela, porque queria “curtir” o trabalho de parto com o primeiro filho, que não iria para a maternidade.

privacidade da paciente. Além disso, esta profissional também se colocaria como uma espécie de “guardiã” dos protocolos da maternidade e, nesse caso, caberia ao médico nos “proteger”: “O obstetra tem que avisá-la [a técnica de enfermagem] para não fazer isso [entrar e sair da sala de parto]. Também tem que avisar que a mulher pode beber água, senão ela confisca o copo”, afirmou, elencando ainda outros protocolos do hospital que iriam de encontro à proposta de parto “natural e “humanizado”. Dentre eles, estaria a obrigatoriedade da mulher ser transferida deitada de maca do quarto para a sala de parto, colocando-se em uma situação que remeteria à passividade e doença, bem como a de usar o avental do hospital, necessariamente despindo-se de suas roupas e acessórios, o que representaria a perda de sua individualidade. “Quer ir andando [para a sala de parto]? Quer beber água? Quer ficar de calcinha e sutiã? Diga a eles: o meu médico disse que eu posso!”, orientou Flora.

Para o período expulsivo, suas recomendações tiveram como foco principalmente a atividade corporal, orientando-nos sobre técnicas de respiração, que deveriam ser combinadas a um pontual e preciso uso da força: “No período expulsivo, respira comprido, longo e segura a respiração”; “Levanta o queixo para inspirar, abaixa o queixo e segura bastante”; “A força, quando o corpo pedir para fazer, não deve ficar no rosto, deve ir lá para baixo”; “Quando estiver coroando, inspira muito, sopra longo e grita”, detalhou Flora.

Ao analisar as instruções transmitidas por Flora ao longo dessa aula, uma espécie de “guia prático” para o parto “humanizado”, foi possível observar algumas supostas tensões, como aquela entre natureza e cultura; inato e adquirido; descontrole e controle¹⁵⁷. Assim, ao mesmo tempo em que a aula se propunha a informar, de maneira minuciosa, como o casal deveria se comportar e agir, por outro lado destacava a importância da “entrega”, de se “deixar o processo acontecer”, da observação de que “espontaneamente” se buscariam posições

¹⁵⁷ Como Salem, gostaria de destacar que o fato de ressaltar essas tensões “não deve ser confundido com o intuito de denunciar contradições entre representações, ou entre estas e sua atualização prática, como se elas comprometessem o ideário. Se do prisma dos atores envolvidos, tensões, ambigüidades, contradições e paradoxos podem ser identificados como incoerências embaraçosas, considero tais qualidades como endêmicas ao social” (2007: 98).

favoráveis ao trabalho de parto e parto. Da mesma forma, assim como o trabalho de parto foi definido como particular e idiossincrático, esquemas e gráficos sugeriam uma padronização, o que, de certa maneira, parecia atender a uma demanda das gestantes, trazendo uma sensação de previsibilidade e controle, aspectos aparentemente muito valorizados entre as mulheres que optam por fazer cesáreas eletivas, mas que não estão ausentes entre as gestantes do grupo. Nesse sentido, a aula contribuiu para “construir” e “elaborar” o trabalho de parto e parto, dando-lhe concretude, ainda que de um ponto de vista ideal e necessariamente limitado.

Sendo o parto um “ato tradicional eficaz” (Mauss, 2003), cuja técnica precisa ser transmitida, o curso procurou apresentar às mulheres uma série de conhecimentos direcionados à proposta de parto “natural” e “humanizado”¹⁵⁸. Tais instruções tinham como objetivo promover um preparo não apenas físico, mas também emocional, além de orientar as gestantes sobre quem deveria ou não participar do evento. Dois exemplos, citados pela professora ao longo das aulas teóricas – no curso mais extenso de preparação para o parto –, foram bastante ilustrativos.

O primeiro foi o de uma mulher que, grávida do primeiro filho, entrou em contato com Flora já no final da gestação, sem ter feito qualquer tipo de preparação para o parto. Na avaliação da professora, desde o início do trabalho de parto as condições já não eram favoráveis: a mulher estava na casa dos pais, que não entendiam porquê ela deveria ficar ali, em vez de ir para o hospital, acusando o médico de “querer dormir”. Já na maternidade, mas ainda com poucos centímetros de dilatação, a parturiente estava “descompensada” e “descontrolada”, o que Flora atribuiu à sua falta de preparação. A parturiente acabou tomando analgesia o que, avaliou a doula, no caso dela revelou-se um recurso necessário, caso contrário o desfecho teria sido uma cesariana. “O preparo é muito importante (...), você tem que estar com domínio sobre seu corpo, tem que estar nas rédeas: deixar a coisa fluir e deixar o fisiológico acontecer”.

¹⁵⁸ Como bem observou Mauss (2003): “Eis em quê o homem se distingue antes de tudo dos animais: pela transmissão de suas técnicas e muito provavelmente por sua transmissão oral” (2003: 407).

O segundo exemplo foi o de uma estrangeira que já tinha dado à luz ao primeiro filho em um parto “natural” e “humanizado”, mas apesar do preparo emocional, estava com sobrepeso e não tinha feito qualquer atividade física naquela gestação. Na hora do parto, com quase 100kg, ela teve dificuldades para fazer exercícios e posturas. Segundo Flora, essa mulher era muito determinada e tinha o preparo psicológico, mas “o corpo não acompanhava o que ela queria”.

Tratados como duas instâncias, corpo e mente precisam ser igualmente preparados e treinados para o processo de parturição. Nesse sentido, a preparação sugere a construção de um corpo, alvo de controles e cuidados, que deve ser ativo, trabalhado e produzido para, de maneira eficaz, atender aos comandos da mente, o que pressupõe uma atenção particular à alimentação e ao ganho de peso na gestação – o que também ocorre na casa de parto. Do ponto de vista emocional, predomina o entendimento de que, durante uma parte considerável do trabalho de parto, o auto-controle e a auto-contenção¹⁵⁹ seriam as formas adequadas para se lidar com a dor.

No entanto, quando as contrações tornam-se mais freqüentes e intensas – momento que se convencionou chamar de “período de transição” –, a expectativa é de que a parturiente entre em um “estado alterado de consciência” e se “entregue” aos comandos de seu corpo. Essa “entrega” também é alvo de instruções durante as aulas, através da recomendação de que a parturiente busque a introspecção, mantenha-se na penumbra e concentre-se em suas sensações corporais. Daí a orientação para que se evitem músicas que evoquem memórias ou recordações, que poderiam tirar a atenção da mulher sobre seu corpo.

Ainda que gere certo estranhamento ao leitor, é possível associar as orientações transmitidas na “Aula de Parto”, no que se refere à necessidade de

¹⁵⁹ Durante a gestação peguei-me algumas vezes observando com maior atenção a forma como eu reagia à dor e, de alguma maneira, encarava as situações variadas em que porventura a sentia como pequenos testes para avaliar meu comportamento e minha capacidade de suportar a sensação de desconforto por ela provocada. Diria que meu principal teste foi uma sessão de “moxa”, uma espécie de acupuntura térmica, feita pela combustão de uma erva que, quando seca e triturada, assume a forma de um cone e é colocada diretamente sobre a pele – no caso os dedos mindinhos de meus pés. Por orientação de Flora, recorri à técnica para tentar estimular a virada do feto, que encontrava-se pélvico, para posição cefálica. Na ocasião, ela, que foi quem fez a aplicação, me orientou a dizer quando estivesse doendo, para que tirasse a erva em chamas de meus pés. Mas eu buscava suportar o máximo de tempo possível, para avaliar minha capacidade de suportar a dor, como uma espécie de preparação para lidar com a dor do parto, que então desconhecia.

uma preparação minuciosa e a aquisição de certas habilidades, bem como à ideia de uma posterior “entrega”, com as experiências que acompanham o consumo de drogas, analisadas por Almeida e Eugênio (2004), Becker (2008) Viana Vargas (2002), Perlongher (1991) e outros.

Em estudo sobre consumo de *ecstasy* entre jovens no Rio de Janeiro, Almeida e Eugênio (2004) apontam como esta experiência é mediada pelo cálculo e pelo pragmatismo que caracterizam nosso espírito de época. Nesse sentido, argumentam, trata-se de “uma entrega calculada e pontuada de cuidados” (2004: 07), que sugere um gerenciamento de si. O aproveitamento da experiência desencadeada pelo consumo da substância, afirmam as autoras, depende da aquisição de uma série de habilidades. Dentre os saberes exigidos, destaca-se a construção de um cenário adequado, que inclui a “ambiência”, pensada para estimular os sentidos aflorados, assim como a seleção cuidadosa de um grupo de pessoas, que deve prover o sujeito de uma “película de segurança” e cujo comportamento deve ser contagiante. No rol de habilidades exigidas, está previsto ainda saber detectar o momento ideal para ingerir o comprimido; ter controle emocional para aguardar o intervalo entre o consumo da substância e o início da “onda”; e, quando sob efeito da droga, saber gerenciar o corpo, desfrutando do que ela promove, mas também descansando vez por outra.

No caso do parto, segundo as orientações transmitidas, a “entrega” e entrada na “partolândia” também pressupõem uma série de competências, que implicam em uma fiscalização e perícia do corpo e das emoções. O início do trabalho de parto, nesse sentido, deve ser um momento de descanso, para que haja uma otimização das potencialidades físicas, uma vez que a parturiente será muito exigida na fase final do trabalho de parto e, portanto, deve poupar-se. O desafio, relatado por algumas das mulheres etnografadas, é controlar a ansiedade, uma vez que entre as primeiras contrações e a chamada “fase ativa” do trabalho de parto pode haver um longo intervalo, momento em que a parturiente é orientada a descansar e, se possível, dormir – o que lhe exige um grande controle emocional, semelhante à “abstração” recomendável aos consumidores da droga.

Mesmo na “fase ativa” do trabalho de parto, uma economia do corpo deve ser administrada, com o intuito de garantir que, ao final do processo, a mulher

tenha forças para expulsar o feto. Assim, os exercícios e posições realizados no momento das contrações, que visam a favorecer a descida do feto, devem ser intercalados com breves períodos de relaxamento. Nesse sentido, deve haver uma oscilação entre atividade e descanso, que implica em um gerenciamento do corpo.

A identificação do momento ideal para a ida à maternidade também é considerada crucial. Ainda que o ambiente doméstico seja considerado o mais adequado para o trabalho de parto, se a mulher pretende dar à luz na maternidade ela não deve chegar no período expulsivo, pois precisa ter tempo hábil para construir o “cenário” ideal na maternidade, que inclui não apenas a ambiência (música, penumbra e silêncio, que favoreceriam a introspecção e potencializariam as sensações corporais), mas também a presença da equipe. Com efeito, os especialistas “humanizados” assumiriam a função de assegurar uma proteção, mas sem interferir no processo de “entrega”. Da mesma forma, caberia a eles transmitir apoio, incentivo e tranquilidade, possibilitando à parturiente desfrutar do processo que sucede a preparação e o cálculo.

No entanto, uma diferença importante deve ser mencionada. Enquanto os consumidores de *ecstasy* buscam encontrar um equilíbrio entre as demandas de prazer e intensividade, por um lado, e a manutenção dos valores da ordem da extensão – como saúde e longevidade –, por outro, no caso da prometida experiência proporcionada pelo parto “natural” extensão e intensividade (Viana Vargas, 2002) não se opõem. Pelo contrário, se somam.

A idéia é que quando a fisiologia do parto é respeitada, impõe-se uma “alteração no nível de consciência”, que potencialmente promoveria uma experiência intensa e prazerosa à parturiente, sem os possíveis danos associados às práticas mediadas por substâncias sintéticas. Segundo essa visão, as sensações proporcionadas pelas drogas (ilícitas ou lícitas, como no caso dos medicamentos) podem ser plena e eficazmente substituídas pelas sensações desencadeadas pelo corpo-em-trabalho-de-parto, por meio da liberação de hormônios que são associados às sensações de prazer e satisfação, como seria o caso da ocitocina. Nesse sentido, uma entrevistada chegou a dizer que o parto é “viciante” e, mais de uma vez, ouvi comentários de mulheres que afirmavam que gostariam de passar novamente pela experiência de parto, ainda que não desejassem ter mais filhos.

Outro ponto que parece interessante destacar no que se refere à aquisição de habilidades é que, desta forma, o casal se qualifica para assumir o controle sobre uma parte do processo, o que está em sintonia com a premissa de que o trabalho de parto idealmente deve transcorrer sem a necessidade de intervenções. Munidos de informações detalhadas sobre a fisiologia do parto e instruídos, cada um, para suas funções específicas, a mulher e seu parceiro convertem-se em sujeitos autônomos e também eles responsáveis pelo processo. Nesse sentido, na medida em que, por exemplo, estão aptos a monitorar o intervalo e a duração das contrações, a observar o aspecto e o cheiro do líquido amniótico por ocasião da ruptura da bolsa de águas e a realizar exercícios ou posturas que favoreçam a descida do bebê, a esfera de atuação do médico é reduzida.

Vale destacar que a ocupação desse espaço pelo casal – o que, por sua vez, sugere um maior equilíbrio na relação tradicionalmente hierárquica entre médico e paciente – é incentivada pelo próprio profissional “humanizado”. Além do estímulo à auto-determinação e a uma maior participação do sujeito no controle sobre sua saúde, em sintonia com o que veio a se configurar como uma norma da autonomia e da responsabilidade sobre si, imposta ao indivíduo na contemporaneidade (Ortega, 2008, 2010), no caso do parto “natural” e “humanizado” tal incentivo encontra também uma razão prática. Com efeito, no ideário da “humanização” parte-se do princípio de que o parto tem uma temporalidade específica, extremamente variável, podendo durar muitas horas ou mesmo dias, uma vez que o ritmo – físico e emocional – é aquele apresentado por cada mulher. Para tornar viável que o profissional aguarde essa temporalidade e esteja presente no momento expulsivo – ocasião em que sua presença geralmente é tida como mais necessária –, torna-se quase uma condição que o casal se disponha a assumir o controle sobre uma parte do processo.

Por outro lado, no caso de não se ter o acompanhamento de um obstetra afinado com o ideário – em geral representado pela figura do “médico do plano”¹⁶⁰ –, a aquisição de habilidades que possibilitem uma maior permanência no ambiente doméstico também costuma ser recomendada, mas com outro objetivo, isto é, como uma estratégia para evitar intervenções médicas de rotina. A

¹⁶⁰ Expressão nativa utilizada para se referir aos médicos conveniados a planos de saúde.

idéia é que se a mulher chegar à maternidade em estágio avançado de trabalho de parto, a equipe não terá tempo de lançar mão de seus recursos habituais.

Diante do exposto, é possível dizer que o ambiente doméstico desponta como o ideal para o exercício da autonomia, uma vez que é nele que os sujeitos são “supercidadãos” (Da Matta, 1991). Mas, e esta parece ser uma premissa, o ambiente da casa só será adequado se dele estiver excluída a família de origem. Acusada de ter perdido o referencial de parto “normal”, a família é retratada nas aulas de preparação como potencial fonte de conflito, assunto que será explorado ao longo desse capítulo.

Por ocasião da ida à maternidade, espaço onde a mulher e seu acompanhante são “sub-cidadãos”¹⁶¹, o obstetra “humanizado” assume outro papel. Como uma espécie de “guardião” do parto “natural” e “humanizado”, ele irá fazer uso do poder de que desfruta naquele contexto, onde os médicos notoriamente encontram-se no topo da hierarquia¹⁶², para tentar permitir que a parturiente vivencie a experiência da forma proposta pelo ideário, que muitas vezes entra em choque com os protocolos da instituição.

Profissionais “humanizados”: quando “menos” é “mais”

Com o intuito de sensibilizar as gestantes para a proposta de parto “natural” e “humanizado”, Flora organiza palestras regulares no instituto que coordena, em geral ministradas por profissionais adeptos do ideário com os quais costuma trabalhar nos partos em que atua como doula.

A rede de especialistas que envolve um parto como esse inclui o médico ou a enfermeira obstetra, o pediatra e a doula^{163 164}. No caso do grupo investigado,

¹⁶¹ Segundo Roberto DaMatta, na rua “as regras universais da cidadania sempre me definem por minhas determinações negativas: pelos meus deveres e obrigações, pela lógica do ‘não pode’ e do ‘não deve’” (DaMatta, 1991: 100).

¹⁶² O médico “humanizado” Ricardo Jones reconhece essa hierarquia ao chamar a atenção para o fato de que, no hospital, os médicos estão acima das regras (Jones, 2008: 63).

¹⁶³ Diferentemente do que ocorria nos anos 1980, como observaram Salem (2007) e Almeida (1987), a equipe de especialistas hoje em dia não inclui o profissional de Psicologia, cabendo a todos os demais ocuparem-se da preparação emocional da parturiente.

¹⁶⁴ Nos partos acompanhados por enfermeiras obstetras, a doula nem sempre integra a equipe, uma vez que não é incomum as enfermeiras opinarem que seu trabalho engloba o da doula. Não por acaso, não há enfermeiras obstetras entre os palestrantes do instituto, apontando para a existência de uma forte clivagem de territórios e grupos.

a maioria das gestantes era acompanhada por médicos obstetras afinados com a proposta, que costumam trabalhar em parceria com Flora, havendo uma clara divisão de tarefas: enquanto o primeiro encarrega-se de fazer o acompanhamento clínico da gestação e do parto, a segunda ocupa-se de prover suporte físico e emocional à mulher durante o trabalho de parto e parto.

Durante as palestras, os profissionais convidados, bem como Flora, costumavam enfatizar as particularidades da forma de atuação dos especialistas afinados ao ideário da “humanização”, dando grande destaque à postura descrita como não-intervencionista, em especial dos médicos (obstetras e pediatras), que se limitariam a atuar nas situações de necessidade. Na abertura da palestra de uma pediatra homeopata, por exemplo, Flora esquivou-se de qualquer menção à formação ou filiação institucional e a apresentou da seguinte forma: “Essa é a Marcela, uma das neonatologistas que menos faz coisas”, afirmou, acrescentando em seguida: “Quero dizer com isso que ela só faz o necessário”. Um médico obstetra que também proferiu palestra no curso fez comentário semelhante durante sua apresentação: “No trabalho de parto, quanto menos interferir melhor”. Esses profissionais parecem ter encontrado inspiração nas palavras de Leboyer, para quem “um médico deve ser imóvel, estático e invisível” (*Apud Jones, 2008: 77*), de modo que sua presença não atrapalhe ou perturbe um processo que pode, na maioria das vezes, transcorrer de maneira “natural”.

Jones (2008), médico obstetra que publicou um livro no qual descreve o percurso que o levou a aderir às práticas “humanizadas”, também compartilha dessa visão. Na publicação, o médico narra o episódio que teria sido responsável pela reviravolta em sua trajetória profissional¹⁶⁵, fazendo com que se tornasse um *outsider* entre seus pares – percepção que não é incomum entre os adeptos da “humanização”. Em um dos plantões em que estava presente, uma mulher com cerca de 30 anos, descrita como alguém muito simples, chegara ao hospital já prestes a dar à luz. Chamado às pressas pela técnica de enfermagem, ele adentrou a sala de exames na qual a parturiente se encontrava acorada. A despeito de suas ordens para que ela se deitasse e aguardasse colocar as luvas para fazer uma episiotomia, a mulher fez força e deu à luz o bebê, ignorando-o. “Ela me olhou

¹⁶⁵ O processo de conversão dos profissionais que aderem à “humanização”, muitas vezes inspirado por experiências pessoais, é analisado por Tornquist (2004).

como se eu fosse de vidro. Nada fez, não se moveu, não me obedeceu” (2008: 73). Ao refletir sobre o ocorrido, se deu conta de que o pouco que fizera desde que fora chamado a prestar assistência àquela mulher serviu apenas para atrapalhá-la. “Mesmo entendendo a importância de um auxiliar de parto, seja ele um médico ou uma parteira, não pode[ria] jamais esta presença significar o controle do processo. Não nos cabe controlá-lo; apenas auxiliá-lo” (2008: 77-78).

O profissional “humanizado”, tal qual descrito por Jones (2008) e da forma como é apresentado no curso de preparação para o parto, se diferencia dos demais justamente por sua in-ação, isto é, por não interferir nos rumos do parto, o que se espera que faça apenas nas situações que apresentem complicações. Não assumir o controle, como referiu-se Jones (2008), implica em abrir mão do poder tradicionalmente atribuído ao médico, ocupando o lugar de “auxiliar” da parturiente. Com efeito, em uma aula teórica, Flora destacou que o “protagonismo” da mulher não deveria ser obscurecido pela atuação do médico, cujo lugar teria sido reformatado:

“O parto é seu. O obstetra está ali só para prestar um serviço. *Obstare* quer dizer estar ao lado, dar suporte. Noventa por cento dos obstetras no Brasil deveriam ser chamados de outra forma: cirurgiões, porque quando fazem o parto normal conduzem tudo”.

Auto-proclamado um “mero facilitador do parto”, como destacou Salem (2007: 73), o obstetra “humanizado” deve idealmente subordinar seu saber àquele atribuído à mulher, que supostamente deteria um conhecimento corporal inato, mais eficiente, seguro e adequado para a parturição. A competência do profissional é, nesse contexto, bastante relativizada, posto que, em princípio, basta “estar ao lado” para agir somente no caso de complicações. Assim, caberia ao médico e também à enfermeira obstetra ocuparem-se de funções secundárias, como prestar apoio afetivo e emocional à parturiente ou até mesmo assumir a função de fotógrafo, o que Jones (2008) afirma ter feito em muitos dos partos que acompanhou.

No entanto, como bem observou Salem (2007), a valorização da desmedicalização e o destronamento do lugar outrora ocupado pelo profissional de saúde não permitem afirmar por um sentido antimedical do movimento e de seus adeptos. Com efeito, “há um explícito reconhecimento dos progressos

alcançados pela obstetrícia, ressaltando-se apenas o recurso ‘abusivo’ e ‘desnecessário’ à moderna tecnologia médica” (Salem, 2007: 74). A idéia é que o profissional esteja presente para que possa, com a anuência da parturiente, lançar mão de seus conhecimentos e recursos caso haja necessidade. De maneira geral, é possível dizer que o parto “humanizado” não prescinde da medicina tradicional ou de seus representantes, uma vez que conta com este suporte e apoio, viabilizando sua realização, mesmo nos casos de parto domiciliar. Carneiro (2011), que também pesquisou o tema, faz observação semelhante:

“Optar por outros modos de parir não parece significar dar à luz sozinha, sem a influência, sem a crença e sem a confiança no saber médico ou de outro profissional de saúde; esses profissionais são, ao contrário, bastante valorizados e considerados, ainda que, em seus discursos, as adeptas do parto humanizado possam não reconhecer tão prontamente a sua importância e a sua influência em suas práticas e atitudes” (2011: 132).

Intervenções: do negativo ao relativo

Ao longo do curso de preparação, uma extensa parte das aulas teóricas teve como tema o “Plano de Parto”, documento que começou sendo difundido nos EUA e que contém uma lista de itens relacionados ao trabalho de parto, parto e cuidados com o bebê após o nascimento, no qual a mulher informa com quais ela está de acordo e quais prefere que sejam evitados.

O documento, cujo modelo foi distribuído por Flora durante o curso, foi utilizado como ponto de partida para informar as gestantes sobre como geralmente transcorria um parto “normal” no Brasil, apresentando-lhes um olhar crítico sobre os procedimentos rotineiramente realizados, tais como: infusão intravenosa, administração de ocitocina, de anestesia, ruptura provocada da bolsa de águas, episiotomia, tricotomia, lavagem intestinal e outros.

Além disso, propôs a doula, o plano de parto poderia ser utilizado como um instrumento para as mulheres “descobrir[em] quem [era] seu médico”, uma vez que poderia servir como referência para uma conversa com o profissional, sobre seu posicionamento em relação à necessidade de realização dos procedimentos médicos ali relacionados. Tal conversa costumava ser sugerida por Flora no caso em que a gestante não fosse assistida por um médico “humanizado”, apontando para como a professora funcionava como uma espécie de “eixo de

mediação” entre a mulher e o médico, ao “fornece[r] o conjunto de instrumentos críticos e o aparelhamento necessário para que a gestante demand[asse] uma revisão dos critérios que regem sua relação com o médico” (Almeida, 1987: 74). Nesse sentido, Flora, como doula e professora de um curso de yoga e preparação para o parto, ocupa o mesmo lugar que na década de 1980, de acordo com Almeida (1987), fora assumido pela especialista em Psicologia.

É importante destacar que o tom crítico de Flora em relação às intervenções obstétricas em geral incidia sobre o fato de os procedimentos serem administrados de maneira indiscriminada, independentemente das particularidades e necessidades das parturientes, isto é, de sua individualidade. A visão que procurava transmitir às mulheres era de que as intervenções poderiam atrapalhar a fisiologia e representavam uma interferência, quando não uma “invasão” ao corpo da parturiente, sempre que usadas como regra e não em caráter excepcional.

Um alerta comumente feito por Flora era de que uma intervenção conduziria à outra e, portanto, um procedimento poderia acabar provocando o que se convencionou chamar de “cascata de intervenções”. Um exemplo seria o da administração de ocitocina sintética, cujo objetivo é reduzir o intervalo entre as contrações, aumentando o ritmo do trabalho de parto. A dor intensa e súbita provocada pelo medicamento levaria as mulheres – de camadas médias – a solicitar a aplicação de anestesia que, por sua vez, poderia fazer com que a parturiente perdesse a sensibilidade no momento expulsivo, sendo incapaz de fazer a força necessária para a saída do bebê. Tal quadro poderia, em última instância, conduzir ao uso de fórceps ou à cesariana – consideradas pelos adeptos do ideário como intervenções mais invasivas.

Não se limitando às aulas sobre plano de parto, o debate sobre as intervenções obstétricas foi trazido à tona diversas vezes ao longo do curso, em especial a partir dos relatos feitos por Flora sobre os partos em que atuava como doula. Estes, em geral, eram assistidos por médicos “humanizados” e as intervenções por eles realizadas costumavam ser avaliadas de maneira positiva,

uma vez que seriam feitas apenas nas situações necessárias, atendendo aos critérios de individualização e contextualização esperados¹⁶⁶.

Outro ponto bastante destacado nas aulas referia-se à intenção dos médicos “humanizados” de atenuar ou suavizar os efeitos indesejados dos procedimentos. Nesse sentido, a anestesia, por exemplo, seria aplicada em pequenas doses, sendo inclusive chamada de outra maneira: analgesia. A vantagem da redução do medicamento seria que a parturiente não perderia o controle sobre as pernas, podendo manter-se ativa durante o trabalho de parto mesmo depois de sua aplicação. Também o corte no períneo, a episiotomia, quando realizado por um médico “humanizado” traria menos incômodo à puerpera, uma vez que o corte seria executado em direção ao ânus, reduzindo as dificuldades da mulher para sentar-se – o que posteriormente favoreceria a amamentação. Haveria, portanto, uma preocupação com o sujeito que é alvo dos procedimentos, seu bem-estar, suas sensações e emoções. Em suma, é como se o profissional buscasse “humanizar” a tecnologia, reduzindo o que seriam os efeitos colaterais a ela associados, em especial, a “objetificação” do indivíduo, enxergado apenas como um corpo que necessita de reparos.

Outro aspecto que merece destaque seria a transmissão, por meio dos comentários feitos por Flora, de uma espécie de hierarquia das intervenções médicas. Nesse sentido, em um dos extremos se situaria a cesárea, ou melhor, a “desne-cesárea”¹⁶⁷, e, pouco antes dela, a episiotomia, que da forma como costuma ser realizada – um corte profundo, de rotina, feito em direção à nádega – é classificada por Flora e outros ativistas como uma “mutilação genital feminina” ou como uma “cesárea por baixo” (“O corte no períneo já é uma cirurgia”, afirmou em aula certa vez). Na outra ponta se situaria a anestesia, uma vez que as mulheres teriam diferentes limiares de dor, sendo sua aplicação aceitável como forma de evitar outros procedimentos considerados mais “invasivos”, como seria o caso do parto cirúrgico.

¹⁶⁶ Vale destacar que no outro grupo de apoio à gestação e ao parto na Zona Sul as intervenções praticadas por médicos considerados “humanizados” também passavam pelo crivo de suas integrantes. Alguns obstetras, apesar de se identificarem com o ideário, eram mal avaliados e sua atuação monitorada pelo grupo, que chegava a apresentar estatísticas (elaboradas a partir dos relatos de parto das frequentadoras) relativas ao número de cesáreas por eles realizadas.

¹⁶⁷ Termo êmico.

No entanto, é importante destacar que a qualificação da intervenção como “necessária”, especialmente quando feita por um profissional “humanizado”, pode promover uma profunda relativização do significado a ela atribuído, bem como à experiência de parto como um todo. Nesse sentido, em uma das aulas Flora comentou que o médico francês Michel Odent – como visto no capítulo 2, uma importante referência para o movimento da “humanização” –, considera a cesárea necessária como uma “cesárea de resgate”: é como se “o bebê saísse pela porta de emergência”. Segundo Flora, nesse caso se trataria “quase [de] um parto normal”. Por sua vez, o parto “normal” também poderia ser “quase uma cesárea”, como no exemplo dado por ela de um parto em que atuou como doula e durante o qual a médica, que não era “humanizada”, transferiu a parturiente no momento expulsivo para o centro cirúrgico, a orientou a ficar na posição de litotomia e cobriu todo o seu corpo, deixando apenas a vagina à mostra – procedimento semelhante àquele realizado no parto cesáreo. Por fim, a obstetra fez uma episiotomia, segundo Flora “grande e profunda”, na mulher que estava prestes a dar à luz sem qualquer intervenção.

Como é possível notar, há uma espécie de escala e gradação, cuja elaboração é flexível e contextual. Assim, a mesma intervenção que, por princípio, é taxada de negativa por supostamente atrapalhar a fisiologia do parto, pode ser avaliada como benéfica e favorável, quando atender a uma necessidade individual. Deve-se destacar que assume um importante peso nessa equação a intenção do profissional – de intervir o mínimo possível – e a relação de confiança que se tem com ele, sendo possível dizer que prevalece para com o obstetra “humanizado”, de maneira geral, uma maior disposição a se confiar em seus critérios de avaliação¹⁶⁸. Por sua vez, o inverso também se pode dizer do profissional conveniado aos planos de saúde, que aparece quase como uma antítese do “humanista”: sua atuação é, por princípio, geradora de desconfiança e passível de questionamento, como se verá mais adiante.

¹⁶⁸ Apesar de não ter sido o caso de nenhuma das entrevistadas, já ouvi relatos de mulheres que ficaram muito insatisfeitas com seus médicos “humanizados”, sendo mais frequentes os relatos de insatisfação entre aquelas que tiveram cesáreas.

4.2. As mulheres

4.2.1. Quem são elas?

Ao todo, foram entrevistadas 12 mulheres (três delas estrangeiras), das quais 11 tinham passado recentemente pela experiência de parto e uma encontrava-se grávida. Dentre as entrevistadas, todas eram frequentadoras do curso de preparação coordenado por Flora, na Zona Sul da cidade, à exceção de uma, que participava do outro grupo de apoio à gestação e ao parto “natural” e “humanizado”, que se reúne quinzenalmente na mesma região da cidade¹⁶⁹. A entrevistada desse grupo, cujo perfil difere um pouco do das demais, foi a única que deu à luz em um parto domiciliar assistido por enfermeira obstetra, enquanto todas as outras pariram em maternidades privadas, a maior parte assistida por médicos “humanizados” – ainda que nem sempre esse tenha sido o projeto inicial e que, para algumas, o parto domiciliar desponte como uma meta a ser alcançada.

Como será possível notar, há certa homogeneidade entre as entrevistadas: a grande maioria é branca, casada, com renda familiar superior a 10 salários mínimos, alta escolaridade e reside apenas com o marido ou com o marido e o(s) filho(s). Deve-se ressaltar que a amostra colhida não tinha qualquer pretensão de ser representativa das adeptas do parto “natural” e “humanizado”, uma vez que, pelo fato de parte da pesquisa ter sido realizada em um curso privado de preparação para o parto, que cobra um valor por sua mensalidade, isso já implica em um recorte, qual seja: o das mulheres que podem pagar por ele. Na realidade, tal recorte interessava aos propósitos desse estudo, uma vez que uma de suas pretensões era observar como mulheres de camadas sociais diferentes viviam e significavam suas experiências de parto.

No que se refere às condições em que ocorreram as entrevistas, a maioria foi realizada nas casas das mulheres, à exceção de duas, que tiveram lugar em parques da cidade. Deve-se destacar que somente uma entrevista não contou com a presença do bebê, o que parece apontar para o grande envolvimento das

¹⁶⁹ É importante destacar que outras três entrevistadas (Sofia, Simone e Manuela), alunas do curso de preparação para o parto coordenado por Flora, também participavam das reuniões desse grupo.

mulheres do grupo nos cuidados com o recém-nascido. Dois maridos também participaram, de modo espontâneo, emitindo suas impressões. De maneira geral, o convite para participar da pesquisa despertou grande interesse nas mulheres, que demonstraram satisfação por compartilhar suas experiências de parto, uma prática que, pude notar ao longo do estudo e da minha própria experiência enquanto gestante, costuma ser bastante comum entre as adeptas do parto “natural” e “humanizado”.

Ana

Tem 36 anos, é branca, alemã, casada com um brasileiro, trabalha em uma organização internacional e está no país há 10 anos. Mora em Laranjeiras, Zona Sul do Rio de Janeiro, onde vive com o marido e a filha, fruto de uma gravidez planejada. Não conhecia a proposta de assistência “humanizada” até chegar ao curso de preparação para o parto, cujas aulas (teóricas e de yoga) também foram freqüentadas por seu marido. Deu à luz de parto “natural” e “humanizado”, em uma maternidade particular.

Andrea

Tem 32 anos, é branca, alemã, está no Brasil há seis anos, mora no Flamengo e é professora de dança. Vive em união estável com um brasileiro, com quem tem três filhos. Tomou contato com a proposta no curso de preparação para o parto, já na primeira gestação. Como parece ocorrer com as demais múltíparas entrevistadas, seus partos descrevem uma espécie de “trajetória de aperfeiçoamento”, que teve início com um parto “normal” medicalizado e concluiu com um parto “natural”, assistido por uma equipe “humanizada” na maternidade.

Ágata

Tem 33 anos, é branca, francesa, casada e professora de matemática. Veio para o Brasil há três anos com o marido, que é da mesma nacionalidade, e mora na Urca, Zona Sul do Rio de Janeiro. Sempre desejou um parto “normal” com anestesia, mesmo depois de tomar contato com a proposta “humanizada”, que considera “muito radical”. Para ela, a anestesia é algo “moderno”, que possibilita ter um

parto com menos dor. Assistida por uma equipe conveniada a seu plano de saúde, teve um parto cesáreo, por apresentar placenta prévia no final da gestação.

Angélica

Tem 28 anos, negra, designer de sandálias e professora de Artes, mora no Flamengo e é casada com um alemão, com quem tem dois filhos. Tomou conhecimento da proposta de parto “humanizado” por intermédio de uma amiga e desde o início da primeira gestação buscou um profissional afinado com o ideário. Apesar disso, sofreu no primeiro parto uma série de intervenções, que atribuiu ao fato de o médico, que era de Niterói, ter demorado a chegar na maternidade, tendo o primeiro atendimento sido feito pela equipe que estava de plantão. Compara os dois partos e considera que o segundo, assistido pelo mesmo médico, mas não tendo sofrido qualquer intervenção, favoreceu a construção de um vínculo imediato com o bebê.

Alice

Tem 35 anos, branca, casada, é engenheira civil e estuda Direito. Na época da entrevista morava no Catete (Zona Sul), mas pouco tempo depois se mudou para a Barra da Tijuca (Zona Oeste). É mãe de dois filhos e mora com eles, o marido e o enteado. No nascimento do primeiro filho teve um parto “normal” medicalizado e, insatisfeita principalmente com a experiência de ter tomado anestesia, que lhe privou de sentir parte do trabalho de parto, buscou informar-se, vindo a tomar contato com a proposta de parto “natural” e “humanizado”. Na segunda gestação negociou os procedimentos com a médica, a mesma que acompanhara o parto anterior, e contratou Flora como doula, a quem considerou ter sido uma importante aliada para conseguir ter o parto da forma que desejava.

Elena

Tem 37 anos, é branca, casada, administradora (trabalha em uma empresa estatal), católica e nasceu no Rio Grande do Sul. Tentou engravidar por três anos e hoje reside com o marido e o filho em Niterói. Inicialmente tinha planejado ter uma cesárea, mas mudou de idéia ao tomar contato com a proposta de parto “natural” e “humanizado” no curso de preparação. Trocou de médico, passando a ser assistida

por uma equipe “humanizada”, mas acabou tendo uma cesárea, solicitada por ela no final do trabalho de parto, quando a médica começou a realizar manobras para ajudar o feto a encaixar. Não lamenta a decisão e pretende, caso engravide novamente, agendar uma cesárea.

Kátia

Tem 42 anos, é branca, solteira, trabalha como tradutora e reside em São Conrado, onde mora com a mãe e o filho. Fruto de um relacionamento recente, a gravidez não foi planejada, apesar de por muitos anos ter tentado engravidar. Ouviu falar sobre a existência de doulas 10 anos antes, por intermédio de uma amiga, mas pouco sabia efetivamente sobre a proposta de parto até engravidar. É bastante espiritualizada e suas reflexões sobre o parto em geral apontam para esse caminho. Deu à luz de parto “natural” e “humanizado”, em uma maternidade particular.

Manuela

Tem 35 anos, é branca, economista, de origem paulista, vive em união estável com o companheiro e mora em Ipanema, Zona Sul do Rio de Janeiro. Reside com o marido e o filho, fruto de uma gravidez planejada. Passou por alguns médicos durante a gravidez até chegar a uma equipe “humanizada”, mas uma série de imprevistos, na sua visão, atrapalhou seu trabalho de parto e parto, dentre eles a presença indesejada da sogra, que é médica obstetra, na sala de parto.

Simone

Tem 31 anos, é branca, bióloga, casada e de origem baiana. Mora em Jacarepaguá, Zona Oeste do Rio de Janeiro, com o marido e o filho. A gravidez foi planejada dois anos antes, período em que buscou informações de forma independente, principalmente através da Internet, sobre os diferentes tipos de parto. Foi assistida no parto por uma equipe “humanizada” e só não ficou 100% satisfeita com a experiência porque, em função das dores provocadas por um rebordo de colo de útero, que considerou insuportáveis, tomou anestesia.

Sofia

Tem 29 anos, é branca, administradora e mora no Grajaú, Zona Norte do Rio de Janeiro. É casada, ficou grávida de gêmeos e deu à luz de parto “natural” e “humanizado” na maternidade. Ao tomar consciência, segundo ela, de que havia uma “máfia das cesáreas” no Brasil, decidiu informar-se para tentar escapar dela. Sua pesquisa começou três anos antes de engravidar, o que a levou, desde o início da gestação, a fazer o acompanhamento pré-natal com uma médica “humanizada”. Se engravidar novamente, pretende dar à luz em casa, que era seu projeto inicial e do qual abriu mão pelo fato de estar grávida de gêmeos.

Tatiana

Tem 29 anos, é branca, economista, casada e de origem paulista. Mora em Botafogo, na Zona Sul do Rio de Janeiro, com o marido e a filha, cuja gravidez não foi planejada. Por indicação de uma amiga, desde o início se consultou com um obstetra “humanizado”, que a apresentou o ideário. Precisou induzir o parto (através do descolamento das membranas, feito pelo médico no consultório), pois já estava quase com 42 semanas e não havia entrado em trabalho de parto. Considerou a experiência de parto positiva, mas mudou de idéia quanto à possibilidade de dar à luz em casa, que antes havia cogitado.

Vanessa

Tem 37 anos, branca, é paulista, fotógrafa, possui ensino médio completo e mora na Tijuca, Zona Norte da cidade. É mãe de 4 filhos, tendo os três primeiros nascido de partos “normais” medicalizados. O último ela deu à luz em casa, assistida por uma enfermeira obstetra e por uma parteira alemã, depois de ter tomado contato com a proposta de parto “natural” e “humanizado” por meio de um grupo de apoio a gestantes, que conheceu pela Internet. A experiência do último parto foi tão marcante para Vanessa que, ao longo da pesquisa, ela veio a tornar-se doula, começou a trabalhar como fotógrafa de parto e atualmente coordena os encontros do grupo que passaram a ser realizados também no bairro da Tijuca.

“No início eu só queria um parto normal”

No que se refere ao contato com a proposta de parto “natural” e “humanizado”, é possível dizer que as entrevistadas dividem-se em dois grupos: as que foram apresentadas a ela durante a gestação (Tatiana, Alice, Angélica, Kátia, Elena, Andrea e Ana), principalmente através do curso de preparação coordenado por Flora, mas também por amigos, e aquelas que, cientes das altas taxas de cesárea no Brasil, buscaram por conta própria, em alguns casos até mesmo antes de engravidar, informações sobre outros tipos de parto (Sofia, Manuela, Simone e Vanessa).

Elena foi uma das que passou a se interessar pela proposta de parto “natural” e “humanizado” depois que se matriculou no curso de preparação para o parto, quando, ao ouvir os relatos de mulheres do grupo sobre suas experiências, achou que poderia ser capaz de dar à luz dessa forma. Até então, as histórias que ouvira das mulheres de sua família não eram muito encorajadoras.

Elena nasceu em um parto “normal” com fórceps, sempre tendo ouvido da mãe e de outras mulheres da família que a dor do parto era “horrível”, o “fim do mundo”. Desde o início da gravidez, a mãe, que é técnica de enfermagem e mora no Rio Grande do Sul, lhe orientara a fazer uma cesárea: “Tu é muito sensível, não vais aguentar”, costumava lhe dizer. Nas primeiras consultas com um médico conveniado a seu plano de saúde ouviu a mesma recomendação, a qual justificou baseando-se em sua idade, que seria considerada avançada e contra-indicada para o parto “normal”.

Elena não teve dúvidas, logo no início da gestação fez a opção pela cesárea, para “não sentir dor nenhuma e ir para o hospital sorrindo, com cabelo escovado, maquiadinha”. No entanto, ao longo das aulas no curso de preparação para o parto, no qual se matriculou para fazer uma atividade que a ajudasse a relaxar e a aplacar a ansiedade, passou a colocar em xeque sua decisão.

“Quando eu comecei lá, que daí eu comecei a escutar aquelas palestras que tinham com as pessoas falando como foi o parto, os depoimentos, aí eu comecei a ver que eu podia tentar porque talvez não fosse o fim do mundo, não é? [riso] Fui ficando forte nesse sentido e sentindo coragem para enfrentar o momento” (Elena).

O caso de Elena é interessante. Em um aspecto ele compõe a regra, no sentido de que as experiências de parto da mãe e de outras mulheres da família costumam ser referências importantes para as gestantes, como também ocorre entre as mulheres de camadas populares. Mas, por outro lado, é também exceção, tendo em vista ser bastante incomum no contexto investigado que a gestante inicialmente desejasse uma cesárea e tenha mudado de idéia, passando a almejar um parto “natural” e “humanizado”.

Nesse sentido, a maioria das que buscaram o instituto já tinham como meta o parto “normal”. Experiências positivas na família parecem ter influenciado de maneira significativa¹⁷⁰, bem como um estranhamento em relação às altas taxas de cesarianas. Este se manifestou especialmente entre as estrangeiras, pois em seus países (França e Alemanha) a cirurgia costuma estar associada a intercorrências durante o parto e a necessidade de sua realização é frequentemente recebida com pesar pela parturiente e sua família. Havia ainda, entre as entrevistadas brasileiras, as que tinham nascido de partos cesáreos, mas que não foram desejados por suas mães. Entre essas, a tendência era a de questionar o procedimento realizado naquela época, avaliando, com as informações de que dispõem hoje, se sua necessidade era realmente pertinente.

Considerando-se as altas de taxas de cesáreas nas camadas médias, essas mulheres, de alguma maneira, já destoavam de seus pares. Com efeito, não foi incomum ouvir relatos de que praticamente todas as mulheres do meio social das entrevistadas deram à luz por meio de partos cesáreos. Mas se o parto “normal” parecia para elas o caminho “natural”, tal posicionamento mudou completamente depois que tomaram conhecimento, principalmente durante as aulas no curso, sobre como são realizados os partos “normais” no Brasil – com medicação intravenosa e episiotomia de rotina, pernas atadas a estribos ou perneiras, proibição de ingestão de líquidos ou alimentos, dentre outras práticas –, e que

¹⁷⁰ Vários foram os comentários feitos nesse sentido: “Eu nasci num parto super rápido”; “Nasci de parto natural, a minha mãe era do interior”; “Minha mãe me influenciou a ter parto normal, porque ela teve 3 filhos de parto normal”; “Na minha família a grande maioria foi tudo de parto normal. Eu nunca tive essa história de ficar ouvindo ‘minha mãe quase morreu, minha tia quase morreu, minha avó...’”. A pesquisa de Rezende (2009) também aponta na mesma direção, o que levou a autora a afirmar que “a opção por um determinado tipo de parto [é] muitas vezes informada pelos casos familiares, e não [é] fácil de ser modificada”. (2009: 09). Le Breton (1999) destaca que, em relação à dor do parto, a dosagem esperada e as maneiras convencionais de responder a ela são, da mesma forma, transmitidas de geração em geração.

passaram a tomar contato com a proposta de parto “humanizado”, muitas vezes apresentada como seu contraponto.

“Na verdade, no início [da gestação] eu nem sabia muito. Para mim, só tinha dois partos: cesárea e o normal. E depois, pesquisando e me informando, eu fiquei sabendo que, na verdade, tem aquele terceiro, que é o natural humanizado. Então, eu pensei: ‘Ah, na verdade, é esse que eu quero’ e não o normal, ‘frango assado’¹⁷¹, que a Flora sempre fala, não é?” (Ana)

“Assim que eu fiquei grávida (...), eu queria o parto normal. Depois que eu vim a saber que existe parto normal e parto natural. E eu não sabia dessa questão da humanização do parto. Eu não sabia nem o que era isso”. (Kátia)

Assim como as freqüentadoras da casa de parto, essas mulheres não tinham contato com a proposta de parto “natural” e “humanizado” antes da gestação. Isto é, para elas essa não era a primeira opção de parto nem a mais evidente. Contudo, uma diferença importante é que as mulheres de camadas médias, como se verá adiante, precisaram ser extremamente pró-ativas para conseguir dar à luz dessa maneira, enquanto as usuárias da casa de parto tiveram que ser convencidas da proposta pela equipe, ao longo da gestação, o que ocorreu especialmente através dos grupos educativos.

“Peregrinação” de médico¹⁷²

Com alguma freqüência as mulheres que não conheciam a proposta de parto “natural” e “humanizado” no início da gravidez e passaram a se interessar por ela trocaram de obstetra ao longo da gestação (Kátia, Elena, Ana) – o que também ocorreu com algumas das que já conheciam a proposta, mas inicialmente não tinham referências de médicos “humanizados” (Manuela, Simone). Durante a gestação, algumas se consultaram com vários profissionais, em princípio

¹⁷¹ Nas aulas, o parto “normal” medicalizado costuma ser chamado de “parto frango assado”, pois a parturiente geralmente fica com as pernas atadas a estribos ou perneiras. O termo, bastante pejorativo, salienta, entre outros aspectos, a objetificação e a falta de agência da parturiente. Nas listas de discussão sobre parto “humanizado” na internet, por outro lado, predomina o uso da expressão “parto Frank”, possivelmente em alusão ao personagem Frankenstein, um monstro criado em laboratório.

¹⁷² Essa expressão foi usada por um médico “humanizado” em uma palestra, durante a qual comparou as mulheres de camadas populares de maneira geral (as usuárias da casa de parto não se incluem nesse exemplo, uma vez que tem a vaga garantida na hora do parto) às de camadas médias. Enquanto as primeiras “peregrinam” em busca de hospitais/maternidades na hora de dar à luz, as outras “peregrinam” ao longo da gestação para encontrar obstetras que não sejam “cesaristas”.

selecionados dentre aqueles conveniados a seus planos de saúde, até decidirem-se por um médico afinado com o ideário.

Ao tomarem contato com diferentes obstetras ou então se baseando em relatos de outras gestantes, as mulheres acabaram elaborando uma espécie de classificação, na qual categorizaram os profissionais a partir de seu posicionamento em relação à medicalização do parto, que teria na cesárea sua mais forte expressão.

Assim, segundo elas, haveria o obstetra “honesto”, isto é, aquele que já na primeira consulta informaria abertamente que só faz partos cesáreos, apresentando justificativas práticas e que revelariam seu incômodo com a inerente imprevisibilidade do parto “normal”. Dentre estas justificativas estariam os perigos de circular de madrugada na cidade, o trânsito, a falta de vagas nas maternidades, a dificuldade para reunir a equipe em feriados e finais de semana, etc. Também poderia se enquadrar nessa classificação – ainda que com algumas ressalvas¹⁷³ – aquele obstetra que, já na primeira consulta, avalia que a mulher supostamente teria indicação para o parto abdominal, mas nesse caso geralmente apresentando como justificativa uma característica física da gestante: ter idade avançada (algo entorno de 36-37 anos em diante), a bacia estreita, ser muito baixa, obesa, etc. Apesar das mulheres desse grupo discordarem da prática de cesáreas eletivas e de atribuírem outras motivações à preferência do profissional pelo parto cirúrgico¹⁷⁴, elas tenderiam a avaliar esse profissional de maneira positiva, pela franqueza e por logo manifestar a intenção de fazer uma cesárea.

O segundo tipo seria o obstetra “terrorista” ou “mentiroso”, qual seja: aquele que se diria disposto a fazer um parto “normal” caso estivesse “tudo bem” ao longo da gestação¹⁷⁵. Contudo, geralmente no final da gravidez, o obstetra

¹⁷³ As ressalvas se devem ao fato de que, apesar de ser “honesto” quanto às suas intenções, tal obstetra atribui a uma condição corporal da gestante a motivação para fazer um parto cesáreo, o que, na visão das mulheres, costuma encobrir um interesse pessoal.

¹⁷⁴ Segundo as mulheres, esses profissionais agiriam motivados também por interesses mercadológicos e por conveniência própria, uma vez que não precisariam desmarcar consultas, poderiam fazer vários partos em um mesmo dia e teriam os finais de semana e feriados livres. Essa percepção é confirmada por estudos realizados na área, como o de Salgado (2012), que afirma que “conveniências e necessidades das equipes e instituições” costumam ser priorizadas, resultando em um maior número de partos cirúrgicos.

¹⁷⁵ Durante o filme “O Renascimento do Parto”, documentário lançado em 2013 que trata do excesso de cesáreas na sociedade brasileira e divulga o ideário da “humanização”, a enfermeira

apresentaria argumentos que, segundo ele, indicariam a necessidade de realização de uma cesárea, como, por exemplo, o fato de o bebê apresentar o cordão enrolado no pescoço, de ser muito grande ou muito pequeno, de estar alto, etc. Argumentos que, na visão das mulheres do grupo, não representariam indicações “reais”¹⁷⁶ para a realização de cesarianas, mas encobririam um interesse pessoal do médico – que teria motivações econômicas ou de conveniência – para privilegiar esse tipo de parto.

É importante mencionar que os argumentos apresentados pelos médicos para justificar o parto abdominal costumam ser amplamente discutidos pelas mulheres de camadas médias que almejam um parto “natural” “humanizado”. É muito comum que elas compartilhem suas dúvidas com outras gestantes e façam pesquisas na Internet sobre o tema, para avaliar a legitimidade do parecer médico, subvertendo o “esquema de delegação de confiança prévia e automática ao profissional enquanto aquele que trata, sabe e prescreve” (Almeida, 1987: 76).

Documentos elaborados por profissionais “humanizados”, como é o caso da lista intitulada “Indicações reais e fictícias para a cesárea”¹⁷⁷, que circula na internet desde 2005, costumam ser uma importante fonte de consulta para as mulheres de camadas médias que questionam as práticas de assistência dos profissionais de saúde. Nesse documento, elaborado por uma médica e uma obstetrix¹⁷⁸, foram listadas seis indicações que elas classificam como “reais” para a realização de cesarianas, outras três indicações que justificariam o parto cirúrgico, mas que “frequentemente são diagnosticadas de forma equivocada”, além de outras três “situações especiais” em que avaliam que a conduta do

obstetra Heloísa Lessa comenta ter havido uma inversão na lógica que rege a atuação médica: em vez de o profissional dizer à gestante que, se houver algum problema, ela terá que ser submetida a uma cesárea, ele comenta que, se tudo correr bem, ela poderá ter um parto “normal”.

¹⁷⁶ Simone comenta: “Eu gosto muito de enfatizar essa palavra, *real* necessidade, porque de uma maneira geral os médicos gostam de mostrar necessidades em que eu não acredito muito”.

¹⁷⁷ O material encontra-se disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html?q=cesárea> Último acesso em 07/10/2013.

¹⁷⁸ Obstetrizes são profissionais formadas pelo curso de graduação em Obstetrícia, que não está vinculado à Enfermagem nem ao curso de Medicina. Extinto na década de 1970, o curso foi reaberto em 2005 pela Universidade de São Paulo (USP). Os profissionais com esta habilitação estão aptos, assim como as enfermeiras com pós-graduação em Obstetrícia, a atender partos considerados de “baixo risco”. Os alunos do curso, no entanto, têm dificuldades para obter o registro profissional, uma vez que não há atualmente uma legislação específica que regulamente a profissão.

profissional deveria ser individualizada, considerando-se as peculiaridades de cada caso. Em seguida, a lista apresenta 135 indicações “fictícias” apresentadas pelos médicos para realizar cesarianas, que foram compiladas pelas autoras a partir de depoimentos de suas clientes, mas que também contaram com contribuições de outros profissionais e de grupos de discussão na internet. Nas palavras das mulheres do grupo, estas seriam as chamadas “desculpas esfarrapadas”, apresentadas por médicos que pretendem “enganar” suas clientes e realizar o parto da forma que lhe seria mais conveniente e rentável. Ao fazer o diagnóstico apenas no final, o médico “terrorista” ou “mentiroso” reduz as chances da mulher informar-se para contra argumentá-lo ou mesmo para trocar de médico.

“Se o médico tem o direito de escolher que tipo de parto ele quer fazer, a mulher também tem o direito de escolher que tipo de parto ela quer viver. É o parto dela, não do médico. Então aquele médico que só quer fazer cesariana, que seja claro desde o início e não roube esse momento da mulher. Porque é um momento muito único, que não vem de novo”. (Kátia).

Esse profissional, que na visão das mulheres corresponde ao tipo mais freqüente e seria o estereótipo do “médico do plano”, é o que inspira maior cuidado e atenção por parte das gestantes, que costumam lançar mão de algumas estratégias para tentar identificá-lo antecipadamente. Dentre essas estratégias, estaria observar na sala de espera se outras clientes costumam entrar em contato com a secretária com o intuito de agendar uma cesárea ou então perguntar diretamente a ela qual dia da semana o obstetra costuma agendar as cirurgias. Se a secretária não se surpreender com a pergunta e informar dias determinados da semana, é sinal de que, de fato, trata-se de um médico desse tipo.

Por fim, haveria o obstetra “convencional” ou “padrão”, que privilegiaria o parto “normal” em detrimento da cesárea, porém apenas sabe fazê-lo lançando mão de procedimentos e intervenções, ou seja, de modo medicalizado. No parto de seu terceiro filho, Vanessa, que deu à luz em uma maternidade-escola, lamenta ter chamado a médica quando estava prestes a dar à luz sem qualquer intervenção:

“Quando eu chamei a médica, que eu já estava sentindo os puxos, ele já estava coroando... quando ela viu aquilo, ela colocou a mão pra voltar a cabeça dele pra dentro, pra dar tempo dos alunos ficarem ali e ela segurando, porque ela tinha que fazer episiotomia pra ele nascer. Então, ele já estava nascendo... pra demonstrar, acho que na visão dela, que um neném só ia nascer se tivesse episio. Não sei

como a episiotomia é colocada na cabeça desses médicos. O que eles aprendem na faculdade? (...) Ela falava pra eu parar de fazer força. ‘Para de fazer força. Não faz força, não faz força.’ E segurando a cabeça, eu lembro nítido da mão dela segurando e ela fez a episio, aí ele nasceu. Eu fiquei assim ‘por que eu chamei a médica? Para quê?’” (Vanessa)

Os médicos “convencionais”, muito encontrados nos hospitais públicos, seriam, segundo os relatos das mulheres desse grupo, mais raros do que os dois tipos anteriores. Nesse sentido, haveria, na avaliação delas, pouca alternativa no contexto das camadas médias entre a cesárea e o parto “natural” “humanizado”¹⁷⁹.

Para identificar o médico “convencional”, a estratégia utilizada costuma ser a de indagar, de maneira despretenciosa, como o profissional avalia determinados procedimentos de rotina, como o fizeram Simone e Manuela, seguindo as instruções transmitidas por Flora durante o curso.

“A segunda médica [com quem me consultei] faz bastante parto normal até, só que esse normal convencional. Ela não é humanizada. E eu conversei com ela, eu queria saber como ela via o parto. Então eu perguntei: “mas como é que é o parto?” E ela me descreveu assim, palavras dela: “o parto é tranquilo. Você vai começar a sentir as contrações e você vai estar na maternidade, vão colocar um soro na tua veia, vão colocar anestesia para que você não sinta dor, vou chegar e vou fazer um toque, vou ver o tamanho da dilatação e aí vou fazer a episiotomia, porque é preciso fazer e vou te dirigir. Vou falar para você: “não, faz força agora. Não faz.” Então percebe que é um parto normal que não é normal. Normal é só no nome”. (Simone)

“Eu cheguei como quem não quer nada, aí eu falei assim: “Eu estava lendo sobre o parto humanizado, não é? Que é um parto, assim, que estão fazendo... O que você acha de parto sem anestesia?” Aí ela: “Ah, não recomendo de jeito nenhum.” Eu falei: “Não?” Ela: “Não, menina! Você acha? Tem gente que gosta de sentir dor e não sei o quê. Eu não recomendo”. Eu falei: “Tá, mas e se eu quisesse fazer o parto sem anestesia?” Ela falou assim: “Eu ia te dizer para não fazer.” Aí eu falei: “Ah, então tá bom. E me disseram também que tem umas massagens, na hora, que ajudam, umas posições, não é?” Ela falou assim: “Manuela, eu vou te dizer, isso é terrível. Não tem nada a ver, não ajuda em nada. O que vai te ajudar é a respiração que eu vou te pedir para fazer na hora, isso é o que vai te ajudar. A posição e essas coisas, isso não ajuda em nada. Pode esquecer”. Aí eu falei: “Ah, tá. Nossa, que estranho, não é? Massagem não alivia a dor?” “Não, o que alivia a dor é anestesia”. Todas as respostas [dela eram]

¹⁷⁹ Essa idéia está expressa em alguns relatos, como no de Ágata: “O que eu vi no Brasil, no Rio pelo menos, é que ou você tem cesárea ou você tem parto humanizado, mas não tem tanto assim de parto comum, como na França, com peridural. Vai de um extremo ao outro”. O depoimento de Simone aponta na mesma direção: “As mulheres que eu tenho contato são mulheres que passaram por esse tipo de parto humanizado, através do grupo, da yoga,... ou o oposto completo, as minhas amigas que passaram por cesáreas, porque a grande maioria das minhas amigas fizeram cesarianas. Ou estão dentro da humanização ou não estão. É meio que uma faca de dois gumes. Você fica impressada na parede: ou você está realmente buscando isso ou acaba numa cesárea. (...) De todas as minhas amigas que já tiveram filho, só uma teve parto normal”.

nesse sentido. Aí eu falei: “Beleza, agora eu tenho carta branca para fugir daqui”. E nunca mais voltei nela. (Manuela)

Outra possibilidade seria questionar o profissional sobre sua opinião em relação à presença de uma doula no parto. De fato, a doula não costuma ser bem-vinda por obstetras que privilegiam partos medicalizados, uma vez que a atuação da acompanhante profissional de parto visa justamente a reduzir a necessidade desses recursos. Além disso, a doula frequentemente é percebida como alguém que estaria ali julgando ou mesmo interferindo na sua forma de atuação, ou seja, como uma potencial fonte de conflito.

Vale destacar que, dentre as mulheres que almejam um parto “natural” “humanizado”, uma minoria decide permanecer sendo assistida pelo obstetra “convencional”, especialmente se nessa categoria se incluir um ginecologista de longa data, porém, em geral tenta-se negociar os procedimentos de rotina. Esse foi o caso de Alice, cujo saldo considerou positivo: apesar de ter dado à luz no centro cirúrgico¹⁸⁰, em posição de litotomia, com a veia pinçada¹⁸¹ e de ter sido realizada uma episiotomia (que não estava acordada de antemão, mas que Alice considerou necessária em função da posição do feto no momento do parto), a bolsa de águas não foi rompida artificialmente, não houve aplicação de anestesia nem administração de ocitocina, ela não ficou com as pernas atadas e nem precisou permanecer deitada durante o trabalho de parto – o que havia acontecido em sua experiência de parto anterior.

“Como era uma pessoa que eu não queria largar, assim, é uma pessoa que eu gosto muito e se eu tiver um próximo filho eu quero que ela faça o parto, então eu conversei com ela sobre algumas coisas porque eu acho que cada um tem que ceder um pouco. Apesar do parto ser meu, eu acho o seguinte, se a pessoa quer um parto totalmente humanizado – daqueles partos mesmo humanizados, que de repente você está na água ou que você está em casa ou de cócoras, alguma coisa assim –, eu acho que cabe ao paciente procurar um médico que faça esse tipo de trabalho. Porque a gente tem que respeitar a metodologia de trabalho de cada um. Então não dá para “ah, eu quero ter um parto assim e você vai ter que fazer tudo que eu quero.” Eu acho que nenhuma relação funciona assim, nem a relação médico-paciente. Então eu acho que a metodologia de trabalho da pessoa também tem que ser respeitada até porque a pessoa já tem – como é que eu vou dizer? – a prática de fazer as manobras se for necessário. Tem a prática de fazer o parto

¹⁸⁰ A maternidade onde deu à luz conta com uma sala de parto “humanizada”, dentro do centro obstétrico, mas a médica preferiu não usá-la, pois gostaria de contar com todos os recursos caso fosse necessário realizar uma cesárea.

¹⁸¹ A medida foi tomada caso fosse necessário aplicar algum medicamento (anestesia, ocitocina ou qualquer outro) durante o trabalho de parto.

daquela forma, com a mulher deitada. Já tem toda uma metodologia de trabalhar no centro cirúrgico, então o que ela faz? Ela vai para o centro cirúrgico mesmo que não seja um parto que tenha probabilidade de virar uma cesariana. (...) Foi tudo negociado antes. Por que o que eu fiz? Aquela folha que eu recebi da Flora do plano de parto, eu fui conversando, fui abordando os itens aos poucos ao longo do pré-natal. E eu achei que teve muita sinceridade, muito respeito porque o que ela falou que podia fazer, ela fez. O que ela falou que não dava para fazer, ela explicou porquê. E algumas coisas ela falou que a gente só ia ver no momento e, realmente, foi tudo como foi planejado. Em momento algum, eu me decepcionei”.

O relato de Alice sugere que a visão que tem sua obstetra – que se reflete também em suas práticas – é a do parto como um ato médico, que deve ser atentamente controlado e ter seus possíveis riscos antecipados, sendo sua atuação guiada pela constante e iminente possibilidade de haver alguma complicação que converta o parto “normal” em cirúrgico. Em outras palavras, a visão do parto “normal” nesse caso é de que as intercorrências são a regra, partindo da premissa de que o corpo-em-trabalho-de-parto representa um risco em potencial. Já os profissionais “humanizados”, por sua vez, partem do princípio de que a norma é o parto transcorrer sem a necessidade de intervenções, sendo o corpo-em-trabalho-de-parto percebido como perfeito e detentor de um conhecimento próprio. Nesse caso, o desvio não é considerado o padrão, mas encarado como uma exceção.

É importante destacar que a decisão de ter ser assistida por um médico “humanizado” nem sempre é fácil e às vezes é tomada apenas na reta final da gestação. Um dos motivos é que praticamente nenhum desses profissionais atende pelo plano de saúde, o que significa que a mudança implica na maioria das vezes em ter que arcar com um alto custo financeiro, que inclui as consultas do pré-natal e o parto¹⁸². Outro, como no caso de Alice, é o fato de ter que abrir mão do ginecologista com quem a mulher costumava se consultar antes da gravidez e com

¹⁸² Flora costuma dizer que, assim como as pessoas juntam dinheiro para comprar um carro, deveriam economizar para o parto. Durante a pesquisa, uma aluna do curso pediu à família que, em vez de dar presentes para o bebê, desse cotas em dinheiro que seriam usadas para cobrir as despesas com a equipe “humanizada” que iria assistir ao parto. Como é possível notar, o parto se configura como um projeto, isto é, como uma conduta organizada para se alcançar fins específicos (Schutz, 1979). Segundo Velho (2008), o contexto das sociedades complexas, que favorece o contato com a diversidade, ao mesmo tempo em que evidencia a singularidade dos sujeitos, se revela especialmente propício à emergência de elaborados projetos, resposta à – muitas vezes tensa – coexistência de diferentes configurações de valores. É o mesmo autor quem chama a atenção para como a formação de um projeto coletivo, somatório de diferentes projetos individuais, está diretamente relacionada à percepção de que compartilham seus membros acerca da existência de interesses comuns.

quem já tinha um vínculo estabelecido. Não é incomum que a gestante se sinta “traindo” o profissional e acabe adiando a decisão.

Mas apesar da resistência inicial, a troca de profissional costuma ser qualificada como positiva pelas mulheres que optam por fazê-la, em especial no que se refere ao tipo de relação que constroem com o obstetra “humanizado”. Com frequência, o médico é por elas descrito como um “amigo”, isto é, como alguém com quem estabelecem uma relação informal e pessoal¹⁸³. Um pré-requisito para essa aproximação parece ser o fato de o profissional, também na descrição delas, não se posicionar como uma “entidade”. Nesse sentido, trata-se de uma “pessoa comum”, que não é “arrogante” e não se sente a “tod[a] poderos[a]”, qualificativos que dizem se aplicar aos médicos de maneira geral. Não é infrequente, por exemplo, que médicos “humanizados” sejam chamados diretamente por seus nomes, sem fazer uso da palavra “Doutor”. Em alguns casos, como o de um obstetra “humanizado” que atende na Zona Sul, ele próprio se apresenta às clientes fazendo uso de seu apelido. Esse médico também não costuma usar jaleco ou roupas brancas durante as consultas.

Outro aspecto muito valorizado na relação com o profissional “humanizado” seria a “confiança”, manifestada pela maioria das mulheres, de que este realizaria apenas intervenções necessárias, o que era a expectativa inicial de quase todas as entrevistadas. Assim, as mulheres têm a sensação de que elas e seus médicos “comungam esforços para um mesmo fim” (Salem, 2007: 81).

A confiança, contudo, não reduz a importância que as mulheres atribuem ao diálogo para, sempre que possível, “chegarem à melhor decisão” junto com o profissional. De maneira geral, é possível dizer que as entrevistadas acreditam manter com o médico “humanizado” um relacionamento mais igualitário, que não costuma marcar esse tipo de relação. Como observa a socióloga Maria Helena Machado (1997), “o médico não só tem autoridade profissional sobre o paciente, mas, principalmente, exerce um real e forte poder de ação sobre ele, tornando-o um consumidor passivo, pouco à vontade para decidir sobre condutas independentes da opinião de seu médico” (1997: 22).

¹⁸³ Para dar um exemplo, Angélica comentou que o obstetra que a assistiu no parto esteve presente no aniversário de 1 ano de sua filha.

A construção de uma maior simetria na relação entre médico e “cliente”¹⁸⁴ é compreendida nesse universo como resultado de um esforço que envolve ambas as partes: de um lado as mulheres, que buscam informar-se sobre a fisiologia do parto, os diferentes procedimentos médicos e suas indicações, de modo a estarem aptas a participarem do processo decisório, e de outro os médicos, que têm uma postura crítica em relação à forma como a Medicina ocidental moderna costuma ser exercida, isto é, desqualificando o sujeito da atenção e convertendo-o em objeto. Esses profissionais em geral percebem-se como *outsiders*, sendo muitas vezes criticados por seus pares devido à forma como atuam.

Contudo, não se pode desconsiderar a possibilidade de que, ainda que faça parte da filosofia da “humanização”, esse ideal de simetria na relação entre médico e “cliente” esteja também associado ao fato de que as mulheres desse grupo pertencem às camadas médias. Com efeito, afirma Bolstanki,

“Longe de ser uma simples relação ‘de homem para homem’ ou, como quer a ideologia médica – que ensina a ver no doente apenas um ser abstrato e indiferenciado, sem levar em consideração, por exemplo, sua classe social ou sua religião – (...) a relação especialista-profano ou doente-médico é também sempre uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente” (1979: 48).

Parto “humanizado”: um projeto

Sofia tinha ouvido falar do que classificou como a “máfia das cesáreas” no Brasil e não se conformava com a possibilidade de, quando engravidasse, ter que “entrar na faca” para dar à luz. O projeto de ter filhos ainda estava distante e, segundo seus cálculos, ela pesquisou sobre o assunto por cerca de três anos: primeiro na internet, visitando sites, blogues e lendo relatos de parto, e depois por meio de livros especializados que veio a comprar sobre o tema. Foi assim que, de maneira independente, tomou contato com termos como parto “humanizado” e “doula”.

Diferentemente das mulheres que trocaram de médico algumas vezes durante a gestação, Sofia quando ficou grávida – de gêmeos – buscou diretamente

¹⁸⁴ Algumas mulheres dão preferência a esse termo, em detrimento da palavra “paciente”, que remete a uma postura mais passiva. A palavra “cliente”, por outro lado, põe ênfase no fato de que a gestante, naquele contexto, é também uma consumidora, com direito de escolher e decidir sobre o que “consume”.

um profissional “humanizado” (“Eu sabia que no plano eu não ia achar ninguém, então eu fui direto à fonte”, afirmou). Como ela, Manuela e Simone relataram ter pesquisado sobre o assunto muito tempo antes de efetivamente decidirem engravidar, o que sugere uma grande ingerência dessas mulheres sobre seu corpo e seu ciclo reprodutivo.

Vale destacar que, mesmo entre as mulheres que só vieram a almejar um parto “natural” “humanizado” durante a gestação, a agência pessoal parece ser uma condição necessária para dar à luz dessa maneira, levando em conta que, como elas mesmas observam, a estrutura do sistema privado de saúde, do qual são usuárias, está montada de maneira quase exclusiva para atender aos partos cirúrgicos¹⁸⁵.

“Assim que eu fiquei grávida (...) eu comecei a correr atrás. Aí você dá de cara com um médico que é cesarista. E você vê que, se você ficar ali, seu filho vai nascer de segunda à sexta em horário comercial. Você tem que, realmente, correr atrás. Porque quem quiser... não basta querer, infelizmente, não basta querer no Brasil pelo menos. Você tem que buscar aquilo que você quer.” (Kátia)

“Desde o início [da gravidez] eu sempre pensei no parto. (...) Porque acho que se você tem um pouco de consciência, eu acho que você começa a pensar nisso desde o início, principalmente quando você quer estar ativa nesse processo. Porque se você não pensa, é porque você não quer fazer o seu parto. Eu conversei com uma amiga minha que está grávida de seis meses e eu falei assim: ‘E aí, você vai querer ter normal?’. E ela: ‘A médica falou que depois a gente conversa sobre isso’. Ou seja, ela não quer fazer o parto dela. Não é? Ela quer entregar na mão da médica, ou seja, a médica vai fazer uma cesárea. Então eu acho que se você quer tomar à frente disso, você começa desde o início a pesquisar, a se informar, a trabalhar o seu corpo e a se dedicar a isso”. (Angélica)

Como sugerem Kátia e Angélica, para dar à luz de forma não cirúrgica, das mulheres de camadas médias é exigido um grande esforço pessoal, o que fica explícito pelo uso de expressões como “correr atrás” ou “tomar à frente”. Não por acaso, quase todas afirmaram ter pesquisado profundamente o assunto (“Foi um mundo novo que se abriu”, definiu Tatiana). Nesse sentido, é como se durante a gestação ou no período que a antecede, a mulher, por conta própria, fizesse uma “especialização”, buscando adquirir as “habilidades” necessárias para ter um parto

¹⁸⁵ No final da gravidez, eu e meu marido fomos preencher a ficha de pré-internação no site da maternidade na internet, o que nos disseram que agilizaria a burocracia no momento da internação. Ali percebemos que as instruções são todas direcionadas às mulheres que vão realizar cesarianas eletivas, como por exemplo a recomendação de que se chegue na maternidade pelo menos 2h antes do horário da cirurgia e a solicitação de que se informe, com antecedência, a data da internação.

“humanizado”, o que pressupõe informar-se sobre o ideário, identificar e buscar especialistas afinados com a proposta, conhecer os procedimentos médicos e saber em quais situações podem vir a ser necessários (estando apta a dialogar com o obstetra caso ele julgue que deva recorrer a um deles), conhecer os métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de controlar suas emoções.

A imersão, que não raro leva muitas das mulheres de camadas médias a envolverem-se como ativistas ou profissionalmente, evidencia-se no uso freqüente de termos médicos e no conhecimento que muitas exibiam sobre os diversos procedimentos e intervenções. Sobre esse aspecto, Salem (2007), baseando-se em análises de Lo Bianco (1983), chama a atenção para o fato de que a busca pela desmedicalização acaba engendrando uma “medicalização de segundo grau”, na medida em que “a exigência de conhecimentos técnicos em nome do exercício de autodeterminação redundava em seu maior envolvimento com o paradigma médico” (2007: 74). A necessidade das mulheres de camadas médias de informar-se para ter um parto “humanizado” acaba “consumindo” boa parte da atenção durante a gravidez, como observa a entrevistada Kátia: “[N]a gravidez a gente fica voltada para o momento do parto e esquece que o parto não é o fim, é o início”.

Narrando a experiência

A grande ênfase atribuída pelas mulheres à experiência de parto, muitas vezes motivo de orgulho, faz com que elas com freqüência busquem divulgá-la, seja por meio de imagens, postando os vídeos de seus partos na Internet ou através dos chamados “relatos de parto”. Estes podem ser orais, como nos encontros organizados no curso de preparação para o parto coordenado por Flora, ou escritos. Nesse caso, os textos costumam ser publicados em sites especializados ou em grupos de discussão na Internet, sendo avidamente consumidos por gestantes que almejam um parto “natural” e “humanizado”.

Diferentemente do que ocorre na Aula de Parto, onde o processo de parturição é descrito em termos ideais, nos depoimentos – muito mais até do que nos vídeos, que passam por uma edição – a experiência de parto é narrada pelas mulheres, em geral de forma positiva, mas não sem omitir seus percalços e “imprevistos”. Tais narrativas de certa maneira reiteram as lições de Flora sobre

as especificidades da experiência, que se constrói por oposição a dos partos “normal” e cesáreo, percebidos como previsíveis e padronizados, devido à medicalização e à realização de procedimentos de rotina.

“Você vê mil partos e são mil partos diferentes e o seu também vai ser diferente”
(Ana).

Como sugere o comentário de Ana, diante da imprevisibilidade que acompanha a experiência, vivê-la é quase uma “aventura” e o ato de contá-la seria semelhante à experiência do viajante que regressa de um país pouco conhecido, por exemplo, e que ao mesmo tempo deseja e é incentivado pelos demais a falar sobre o que viu, sentiu ou viveu. Assim, é possível dizer que o caráter inesperado e imprevisível da experiência é o que a torna tão atraente, o que explica tanto o desejo de vivenciá-la quanto de ouvir sobre as experiências de outrem.

É válido salientar que, durante a pesquisa, várias das entrevistadas referiram-se à influência desses relatos nas opções tomadas e na “construção” e elaboração prévias ao trabalho de parto, o que sugere que os relatos configuram-se como parte importante do curso preparatório¹⁸⁶.

4.2.2 Abrindo mão da anestesia

Enquanto as mulheres de camadas populares praticamente não tem acesso à anestesia durante o parto “normal” realizado nos hospitais e maternidades públicos, a grande maioria das gestantes que integra o grupo de camadas médias prescinde deliberadamente desse recurso – ou pelo menos tem a intenção de fazê-lo¹⁸⁷. Tal decisão geralmente costuma gerar um grande estranhamento no meio social do qual fazem parte, considerando que a luta contra a dor

“se encuentra en corazón de la ideología del Progreso. En la segunda parte del siglo XIX, ciertamente, se aliviaron buena parte de los males de los hombres con la difusión de la anestesia. Asimismo ocurre en la actualidad, con la

¹⁸⁶ Eu mesma posso dizer que me encaixo nessa situação, que assumiu uma densidade ainda maior por conta desse estudo.

¹⁸⁷ Dentre as entrevistadas, a exceção era Ágata, francesa, que dizia estar agindo a partir de suas referências culturais – segundo ela, a anestesia peridural é bastante disseminada na França nos partos “normais”. Na época da entrevista, quando ainda estava grávida, Ágata afirmou que, desde logo, pretendia tomar anestesia. Para ela, “a peridural é uma coisa moderna que permite fazer um parto com pouca dor” e “não uma coisa ruim”.

generalización del empleo de los antálgicos en la vida cotidiana” (Le Breton, 1999: 20).

Com efeito, afirma Le Breton, há uma “crescente opinião de que todo dolor es inútil y conviene desembarazarse de él sin demoras” (1999: 31), o que acaba contribuindo para a medicalização de dores que em outros tempos eram socialmente reconhecidas como parte da existência, como ocorria com o parto. Esta visão é, sem dúvida, bastante disseminada em nossa sociedade, o que faz com que, no meio social no qual as entrevistadas estão inseridas, rótulos como “radical”, “maluca”, “masoquista”, entre outros, não tardem em aparecer:

“Parece que eu sou muito radical. As pessoas não conseguem entender que eu quero tentar, pelo menos, parir sem anestesia. Eu quero tentar. Se eu não conseguir, ok. Eu vou tomar anestesia, sabe? Não é o fim do mundo, mas eu quero tentar assim. As pessoas me acham louca”. (Tatiana)

“As pessoas pensam o quê: Você quer ser Mulher Maravilha? Você é maluca? Você é masoquista? As pessoas pensam de tudo”. (Alice)

“As pessoas têm muitos preconceitos ainda, não entendem, acham que é uma coisa primitiva. Como não conhecem não entendem”. (Angélica)

“Meu marido não me apóia porque acha que parto sem anestesia é coisa de *hippie*”. (Cíntia, nota do caderno de campo).

Para algumas, as críticas vieram principalmente da família de origem, em especial da mãe e da sogra, que tinham dificuldades em compreender as motivações para sentir dor diante da oferta de recursos medicamentosos para seu alívio (Tatiana, Elena, Alice, Angélica). Já outras narraram a falta de compreensão do marido (Alice), enquanto houve quem relatasse grande dificuldade em sua escolha ser aceita por pessoas da mesma faixa etária (Tatiana), supostamente mais propensas à cesárea, o que não se observava em gerações anteriores ou nas situações em que a família de origem era proveniente de outros países (Ana, Andréa).

A escolha por abrir mão da anestesia, segundo os relatos das mulheres, tem mais de uma motivação. Uma delas refere-se ao interesse em vivenciar plenamente as sensações corporais que advém da experiência, assunto que será retomado e explorado mais adiante.

Outra está relacionada à possibilidade de a parturiente manter-se ativa durante o trabalho de parto. Nesse sentido, as mulheres temem que o medicamento as atrapalhe na hora de fazer posturas, exercícios ou simplesmente buscar posições que lhes pareçam mais confortáveis. Elas argumentam que, a depender da dosagem administrada, a medicação pode interferir no controle sobre o corpo, em especial das pernas, comprometendo a liberdade de movimentos. Da mesma forma, o cateter que é colocado na veia da paciente para a administração do medicamento e ali permanece, caso seja necessário aumentar a dosagem da droga, também contribuiria para isso.

Mas se a anestesia, sob esse aspecto, poderia interferir negativamente sobre o trabalho de parto de maneira geral, haveria um momento específico que suas conseqüências seriam percebidas como ainda mais prejudiciais, isto é, durante o período expulsivo. Isto porque o medicamento pode levar a mulher a perder totalmente as sensações do corpo-em-trabalho-de-parto, vindo a depender das instruções dadas pelo obstetra sobre quando ocorrem as contrações – momento em que dela é esperado fazer força –, já que não saberia identificá-las. Nesses casos, caberia ao médico informá-la, em alguns casos por meio da observação do monitor fetal. Assim, a parturiente precisaria do profissional e do aparato tecnológico para saber como e quando sua atuação seria necessária, o que é avaliado, de maneira geral, como extremamente negativo, pois entra em choque com o projeto de retomada de controle sobre o corpo feminino, compartilhado por várias mulheres do grupo. Nesse sentido, Andréa, que teve parto “normal” com anestesia quando deu à luz ao primeiro filho, conta ter se sentido infantilizada ao perder suas sensações e depender das instruções da equipe médica para conseguir parir:

“A partir do momento em que entra a anestesia, você não é mais dona do seu corpo. Então foi o que aconteceu, não é? Ainda mais com eles empurrando [a barriga], tendo que me falar as contrações. Eles se sentindo bem nesse domínio sobre mim e eu, tipo, me senti uma criança (...), assim, que a mãe fala: “Ah, vai fazer isso agora. Agora você faz isso”. (Andréa)

A dor, nesse sentido, seria um sinalizador da contração, mas, diante de sua ausência – provocada pelo uso da anestesia –, Andrea teria se sentido alienada de seu próprio corpo e do processo de parturição como um todo, como sugere o relato a seguir:

“Quando saiu, eles botaram o Eduardo no meu colo. Aí, eu fiz: “Ih!” Fiz um gritinho como uma menininha que perdeu uma coisa no chão. Assim, a gente até apagou o vídeo, porque não dá para aguentar ver esse vídeo que o meu marido filmou, não é? Já apagou. Nunca mais. A gente queria se livrar disso, porque foi ridículo. Assim, até no vídeo apareceu eu “Ih!”, como se eu tivesse tropeçado em alguma coisa. Aí, botaram ele no meu colo e eu senti: “mas como assim?”. Eu me senti constrangida com ele, de ter ele no meu colo até. Porque eu pensei: “Nossa, eu não fiz nada. Isso não pode ser o meu bebê agora”. Eu quase não acreditei assim. Eu me senti mal assim. Eu senti como se eu não tivesse merecido ele no meu colo”.

Como é possível notar, a ausência de sensações provocada pela anestesia teria feito com que Andréa não reconhecesse qualquer participação ou contribuição pessoal para o nascimento do filho, que teria, na sua percepção, dependido exclusivamente da equipe médica, gerando um apagamento do papel de parturiente. O comentário de Angélica, que é um pouco menos incisiva, também aponta para a mesma direção: “Não é só a dor que você não sente, você não sente o seu filho saindo de você”.

As mulheres relatam ainda uma terceira motivação para optar por não receber anestesia no parto. Muitas das drogas para alívio da dor atravessam a barreira placentária, o que significa que o feto também as recebe, ainda que em pequenas doses. Estudos sobre o assunto reconhecem o fato, mas indicam que os progressos alcançados na área permitem oferecer um “bom nível de segurança para o binômio mãe-bebê” (Chaves et al., 2009: 22). Algumas mulheres, porém, dizem-se incomodadas com a possibilidade de o medicamento interferir não apenas na sua experiência de parturição, mas também na do bebê¹⁸⁸.

Por fim, há ainda o argumento, apresentado por algumas, de que o medicamento pode vir a desencadear a chamada “cascata de intervenções”, anteriormente referida. De fato, o exemplo do primeiro parto de Angélica parece corroborar essa tese. Na ocasião, ela tomou anestesia, o que acabou diminuindo o ritmo das contrações. Isso fez com que lhe fosse administrada, em seguida, ocitocina sintética, para tentar compensar os efeitos da anestesia. Os

¹⁸⁸ A preocupação com a forma como este vivencia a experiência de parto e nascimento aponta para a influência das idéias do obstetra francês Frédéric Leboyer, que, como visto no capítulo 2, na década de 1970 publicou o livro “Nascer Sorrindo”, obra até hoje referida por ativistas e adeptas da “humanização”. Com efeito, algumas das entrevistadas revelaram ter lido o livro de Leboyer, autor que afirma que os recém-nascidos não são reconhecidos como “pessoas”, mas tratados como “objetos”, o que teria como base um postulado solidamente estabelecido de que “não sentem nada, não ouvem, não vêem” (Leboyer, 1988: 15).

procedimentos limitaram sua liberdade de movimentos e conduziram a uma perda parcial das sensações no momento expulsivo que, segundo ela, refletiu-se em uma maior dificuldade para estabelecer um vínculo com o bebê. Nesse sentido, é como se as drogas tivessem anestesiado não apenas a dor, mas todas as suas emoções, inclusive as do registro do afeto¹⁸⁹. Segundo ela, teria havido uma momentânea “perda de sensibilidade afetiva”, que fez com que o vínculo com a filha não fosse construído de imediato, como ela julga ter ocorrido com o segundo filho, que nasceu em um parto sem intervenções.

Deve-se destacar que a recusa à anestesia, em geral, conta com o apoio da equipe “humanizada”¹⁹⁰ e é incentivada nas aulas de preparação para o parto. Segundo as mulheres, esta decisão é tomada com antecedência e prevê uma grande preparação, como o aprendizado sobre técnicas não farmacológicas para alívio da dor. O repertório descrito é semelhante àquele sugerido na casa de parto e inclui o uso de água quente (banheira ou chuveiro), massagens, técnicas respiratórias, etc. Além do preparo físico, o emocional também é considerado fundamental. Tal preparo pressupõe uma resignificação da dor, que é positivada e encarada como necessária e até mesmo “amiga”. Alice conta ter se preparado durante toda a gestação e faz uma comparação com a experiência do corredor de maratonas:

“Eu falo que é tipo quando você vai correr uma maratona. Não é do nada. Assim: ‘Ah, eu levantei e vou correr uma maratona’. Não. Você tem que se preparar se você quer mesmo. (...) você vai entendendo que aquela dor ali é para o seu bebê nascer, que é boa e depois vai passar. Eu me preparei. Não foi uma coisa assim que eu acordei, fui para a maternidade e tomei essa decisão no caminho. Foi uma coisa que foram nove meses de planejamento”. (Alice)

Contudo, um aspecto muito importante a se destacar é que a opção por não tomar anestesia não é necessariamente irrevogável, como indica o relato de Tatiana:

¹⁸⁹ De acordo com Le Breton, “la anestesia del dolor implica también la del placer. Al eliminar la sensibilidad al sufrimiento, también se insensibiliza el juego de los sentidos, se suspende la relación con el mundo” (1999: 208).

¹⁹⁰ Uma prática bastante comum é o anestesista, que integra a equipe e é convocado quando a mulher entra em trabalho de parto, nunca aparecer diante dela, a menos que expressamente solicitado pela parturiente. É quase uma tentativa de se evitar que a mulher caia na “tentação”. No meu trabalho de parto, por exemplo, em momento algum tive contato com o anestesista.

“Eu quero tentar, pelo menos, parir sem anestesia. Eu quero tentar. Se eu não conseguir, ok. Eu vou tomar anestesia, sabe? Não é o fim do mundo, mas eu quero tentar assim”.

Na realidade, trata-se de uma intenção, que pode ser reafirmada ou abandonada durante o trabalho de parto, quando a mulher efetivamente souber o que essa meta representa em termos de sensação corporal e controle emocional. Ainda que seja possível argumentar que a escolha por abrir mão da anestesia e de outros recursos médicos não é exatamente individual, mas direcionada por um modelo “humanizado” de parir – que corre o risco de incorrer em uma normatização assim como o modelo hegemônico –, no contexto das camadas médias as mulheres parecem ter mais autonomia e liberdade para interferir no processo de parturição. Noutras palavras, os rumos do parto parecem sofrer maior influência das escolhas das parturientes, que podem, se assim o desejarem, até mesmo abandonar o projeto inicial de desmedicalização – comum a quase todas as entrevistadas –, tendo todos os recursos tecnológicos a seu alcance, ainda que, no caso do parto domiciliar, isso implique em uma transferência.

O parto de Elena

Quando conheceu a proposta de parto “natural” e “humanizado”, no início da gravidez, Elena imaginava que, durante o trabalho de parto, sentiria dores semelhantes às de cólica menstrual, que se intensificariam no final, já perto da hora de dar à luz. Ela estaria de cócoras ou na água, “como elas falavam” – referindo-se aos relatos que ouvira de outras mulheres do grupo que lhe serviram de inspiração – e seu filho nasceria em um clima “bem tranquilo”.

Era uma sexta-feira e Elena, que estava com 37 semanas e 5 dias de gestação, não tinha ido trabalhar, pois funcionários da loja onde comprou os móveis do quarto do bebê viriam montá-los. Deitou-se tarde, por volta das 23h e, em torno de meia-noite, foi ao banheiro, onde notou que um líquido, que identificou que não era xixi, escorria por suas pernas. Logo se deu conta de que a bolsa de águas havia rompido. Chamou o marido e decidiram ligar para a

enfermeira obstetra, assistente de sua médica¹⁹¹, como havia sido previamente combinado.

No telefonema, a orientação dada foi a de que Elena monitorasse o intervalo entre as contrações e voltasse a entrar em contato quando este estivesse ocorrendo de forma regular, aproximadamente a cada 5 minutos. A enfermeira também a orientou a tentar descansar e dormir, alertando que o trabalho de parto provavelmente só “deslancharia” na parte da manhã. O marido seguiu as instruções e Elena, que não conseguiu pregar o olho, ficou assistindo televisão. Às 5h ela o acordou, já cansada de ficar sozinha e, pouco tempo depois, ligou novamente para a enfermeira: “Olha, [a contração] já está forte. Eu estou achando que já está em uma sequência que já dá para tu vir para me acompanhar”, disse ao telefone. “Eu achava que ia poder ir para o hospital de manhã”, comentou durante a entrevista.

Quando a enfermeira chegou à sua casa fez um exame de toque e se limitou a dizer que “ainda estava longe”, acrescentando que o melhor era ficar ali e “trabalhar”. Elena começou a fazer exercícios, colocou compressa de água quente nas costas, tentou relaxar no chuveiro, mas a dor que sentia àquela altura era “horrível”: “Uma dor que parecia que estava abrindo as costas. Doía o intestino, doía a barriga embaixo, não tinha nada que adiantasse”.

O tempo foi passando e, no início da tarde, Elena começou a dizer que queria ir para o hospital tomar anestesia. A enfermeira fez um novo exame de toque e tentou demovê-la da idéia, pois considerava que o melhor ainda era permanecer em casa. “Naquela hora, depois meu marido me disse, eu estava com 1 dedo de dilatação e ela não me contou para não me deixar nervosa. Eu achava que já estava com uns 5 dedos e que já era hora de ir para o hospital”. Depois de muito insistir, Elena foi para a maternidade, acompanhada da enfermeira obstetra e do marido. Com vergonha de fazer escândalo na recepção, aguardou dentro do carro até que fosse concluído o processo de internação.

¹⁹¹ A médica de Elena, que é reconhecida e identifica-se como “humanizada”, costuma trabalhar com uma enfermeira obstetra em sua equipe, que é quem faz o acompanhamento inicial do trabalho de parto e, de certa forma, atua como doula. Essa não é uma prática comum entre os obstetras “humanizados”, sendo a única equipe com essa configuração que tomei conhecimento durante a pesquisa.

Contrastando com seu nervosismo e ansiedade, a médica chegou “bem tranqüila” na maternidade, cerca de 2 horas depois. Um novo exame de toque foi feito e Elena foi informada de que estava com 6cm de dilatação. Nesse momento, ela foi transferida do quarto para a sala de parto e lá, atendendo a seu pedido, recebeu a anestesia peridural. Apesar da dor da “agulhada”, Elena ficou satisfeita, relaxou e conseguiu descansar. “Fiquei super tranqüila porque daí eu não sentia mais nada”. O médico advertiu que o efeito da anestesia duraria por cerca de 2h e foi, segundo Elena, justamente o que aconteceu.

Quando começou novamente a sentir as dores provocadas pelas contrações, a médica fez um novo exame de toque e informou-a de que já estava com 9cm de dilatação. Elena não teve dúvidas: “Eu quero mais anestesia”, afirmou. A obstetra explicou que, naquele momento do trabalho de parto, teria que ser aplicada uma dosagem menor, para que ela pudesse sentir as contrações e fazer a força necessária para dar à luz no período expulsivo. “Dito e feito”, afirmou Elena, que mesmo anestesiada conseguia mudar de posição e sentir as contrações.

Já com 10cm de dilatação, a parturiente tentou por diversas vezes – sem sucesso – expulsar o bebê. Foi então que a equipe reuniu-se por alguns instantes e em seguida informou-a de que o feto provavelmente não estava na posição correta, o que estaria dificultando sua descida. Por esse motivo, disseram-lhe que seria necessário fazer algumas manobras para tentar encaixá-lo. Elena inicialmente concordou. “Só que daí eu sentia umas dores horríveis porque ela [a médica] enfiava a mão lá dentro e girava”. Em uma dessas manobras, em um ato reflexo, ela empurrou a obstetra com o pé. Em seguida, afirmou categórica: “Olha, eu quero fazer uma cesárea. Eu queria um parto que fosse normal de normal, não tendo que fazer essas manobras. Eu não quero passar por isso”.

Em 15 minutos Elena foi transferida para o centro cirúrgico. Lá, tomou uma dose maior de anestesia e, pouco tempo depois, o bebê nasceu, às 22h45. Ele foi levado para o berçário, acompanhado pelo pai. Elena, que apesar de não ter sentido dor, tinha ficado incomodada na hora do parto por ter sentido a pele sendo cortada e a busca pelo bebê dentro de seu corpo, pediu ao anestesista que lhe desse mais uma dose do medicamento, dessa vez para “apagar”. “Eu quero dormir

e acordar depois que já costuraram e já fizeram tudo”. Ela voltou a si cerca de 1 hora depois.

Apesar de apoiar e ter como prática o parto desmedicalizado¹⁹², a equipe médica “humanizada” que prestou assistência à Elena – não sem alguma resistência – acabou agindo de modo a respeitar seu desejo. A parturiente, como foi possível notar, interveio diretamente sobre os rumos do parto, que, a depender exclusivamente da forma de atuação da equipe que lhe prestou assistência, certamente teria sido muito diferente.

A experiência de Elena aparentemente refletiu um importante preceito do ideário da “humanização”, qual seja: o de que “o parto é da mulher” e não do médico. Esse preceito, portanto, se sobreporia ao da desmedicalização, como também sugere o depoimento do obstetra Marcelo, uma importante referência no cenário nacional da “humanização”:

“O parto humanizado para mim é esse: que a mulher tem controle, que seus desejos são respeitados, seja ele o desejo de fazer uma analgesia, seja o desejo de parir dentro d’água, seja o desejo de poder comer, beber, de não levar uma episiotomia. Ou de ter uma episiotomia se ela pedir, se ela quiser uma episiotomia. E até, nesse sentido, reconhecer o direito da mulher de pedir uma cesárea (...) se a mulher tem acesso à informação de qualidade e capacidade de decidir. Então estou falando de alguém que pode realmente ser sujeito do processo”. (Obstetra)

Segundo esse obstetra, um pré-requisito para o parto “ser da mulher” é que a parturiente esteja devidamente informada sobre as conseqüências de suas escolhas – não importam quais sejam elas. Assim, segundo essa visão, o parto “humanizado” parece estar além da desmedicalização, sendo este também o entendimento de algumas entrevistadas do grupo, ainda que quase todas desejassem inicialmente ter um parto “humanizado” e desmedicalizado, isto é, “natural”, para reproduzir o termo por elas utilizado.

¹⁹² E, nesse sentido, o fato de a enfermeira não ter contado à Elena que estava com apenas 1cm de dilatação deve ser interpretado como uma estratégia condizente com essa prática.

“O parto natural é um parto sem nenhuma intervenção, sem uso de ocitocina sintética ou anestesia, por exemplo. É um parto totalmente fisiológico. E o parto humanizado é onde o protagonismo da mulher é respeitado, onde todas as decisões ou intervenções são informadas e consentidas ou não pela mulher. Um parto pode ser humanizado mesmo com o uso de anestesia, se essa decisão partir da mulher. Nesse caso seria um parto humanizado, mas não natural. O contrário também pode acontecer: a mulher pode ter um parto natural e ser desrespeitada na assistência ou sofrer algum tipo de violência obstétrica, que não precisa ser necessariamente uma intervenção.” (Vanessa)

“Na minha opinião, o parto natural é o parto sem intervenções, como o uso de drogas ou cirurgias. Já o parto humanizado é aquele em que a mulher tem seus direitos, desejos e tempos respeitados, ela e seu bebê são tratados com cuidado e respeito, e todo o ambiente é resguardado para que a mulher possa ter seu filho sem interferências indesejáveis. Ou seja, a humanização é um papel realizado pelos profissionais, a sua assistência é que é humanizada. O parto humanizado pode ser natural ou não, porque se for o desejo da mulher ou se for necessária alguma intervenção e ela for feita de comum acordo com os pais ele continua sendo humanizado, mas não natural. Já o parto natural pode não ser humanizado se a mulher sofrer algum tipo de violência no seu atendimento, se os seus tempos, desejos e direitos forem desrespeitados, mas mesmo assim ela não fizer a utilização de drogas ou cirurgias, se o parto acontecer apenas através das forças naturais de seu corpo”. (Manuela)

“Eu defino o parto natural, seja ele assistido ou não, como um processo exclusivamente determinado pela fisiologia da parturiente e do bebê sem intervenções externas. E o termo parto humanizado, para mim, traz um conceito mais amplo... eu vejo como uma resposta a uma realidade em que o parto tende a virar um mero ato mecânico de médicos, não natural, antihumano... O parto humanizado pra mim envolve um profissional ou uma equipe de profissionais, incluindo pediatra, enfermeira... que são conscientes e convencidos do protagonismo da mulher antes, durante e depois do parto. (Andréa)

“Eu acho que o parto humanizado é o parto onde você tem as suas vontades respeitadas. Então, assim, na minha opinião, se você quer uma cesariana, você pode fazer. Se você tem essa vontade respeitada e se você se sente bem, eu acho que você teve um parto humanizado. Entendeu? Agora se você for levar em conta que o parto humanizado é aquele com o mínimo possível de intervenções também é outro conceito. Pode ser também, mas aí eu acho que seria mais, assim, um conceito de parto natural. Então eu acho que um parto natural é o que tem o mínimo possível de intervenção. E o humanizado eu definiria como o parto que você teve suas vontades respeitadas. E aí um parto natural e humanizado eu acho que seria o ideal”. (Alice)

Como é possível apreender dos depoimentos, as categorias parto “natural” e parto “humanizado”, ainda que diversas vezes referidas nos discursos das entrevistadas desse grupo de modo intercambiável, são aqui claramente diferenciadas. Dessa forma, o parto “humanizado”, que com frequência costuma englobar o parto “natural”, isto é, desmedicalizado, não se limita a ele, podendo o parto com intervenções ou mesmo o cirúrgico ser considerado “humanizado”, desde que atenda à demanda de uma parturiente informada sobre seus riscos e

benefícios. Noutras palavras, a idéia de “humanização”, segundo essa leitura, põe ênfase nos direitos da mulher sobre seu corpo e parto. Por outro lado, é interessante destacar, o parto “natural” tampouco é necessariamente “humanizado”. Como apontam os relatos de Vanessa e Manuela, a ausência de intervenções não representa garantia de que a parturiente tenha suas escolhas respeitadas.

Nesse aspecto, a experiência de parto de Elena me remeteu a de Carla, cujo trabalho de parto pude presenciar durante a pesquisa de campo na casa de parto. O desejo de Carla de ter uma cesariana, diversas vezes expresso, foi ignorado pela equipe. É certo que a CP possui limitações de infra-estrutura e as profissionais que lá atuam (enfermeiras-obstetras) não estão habilitadas a realizar um parto cirúrgico, como o que estava sendo demandado por ela. As enfermeiras também não podem administrar anestesia, recurso ao qual Carla possivelmente teria feito uso se este lhe fosse acessível – o que, como já mencionado, tampouco parece ser o caso nas maternidades e hospitais públicos. No entanto, a transferência de Carla para a maternidade de referência, onde, em tese, poderia ser submetida a uma cesariana, foi insistentemente rejeitada pela equipe, sob a alegação de que, para ser realizada, deveria haver uma justificativa clínica, que no caso era inexistente: tratava-se apenas de um desejo da paciente. Com efeito, a transferência só veio a ocorrer no dia seguinte, após Carla tê-la solicitado durante toda a madrugada e, ainda assim, apenas quando houve troca de turnos no plantão.

Como é possível notar, a escolha de Carla de ter um parto medicalizado ou mesmo de ser transferida para a maternidade, abrindo mão da intenção inicial de dar à luz ali, não foi atendida. Essa não era uma opção que lhe tivesse sido oferecida. Na casa de parto, portanto, a proposta de oferecer um parto “humanizado” esbarra em limitações de infra-estrutura e técnicas e só se concretiza para as mulheres que estão fortemente comprometidas com a intenção de ter um parto “natural”, o que nem sempre é o caso, como o demonstra a experiência de Carla.

4.2.3. Motivações

Como se verá a seguir, as entrevistadas apresentaram mais de uma motivação para justificar o interesse em ter um parto “natural” e “humanizado”. Ao analisar as informações colhidas ao longo das entrevistas, foi possível categorizar tais motivações em quatro tópicos principais:

Liberdade de escolha

Das 12 mulheres entrevistadas, mais da metade (Andréa, Angélica, Manuela, Sofia, Simone, Tatiana e Vanessa) mencionou ter feito a opção por esse tipo de parto por acreditar que, dessa forma, teria mais liberdade para fazer suas escolhas e confiança de que estas seriam respeitadas pelo profissional de saúde. Tais escolhas referiam-se à possibilidade de eleger as posições que lhes parecessem mais agradáveis durante o parto, de movimentar-se livremente – sem ter que ficar atada a aparelhos de monitoramento –, de decidir sobre o uso de medicamentos e intervenções médicas, de ditar a temporalidade do trabalho de parto, etc.

Na visão de algumas delas, essas escolhas, na realidade, não seriam feitas racionalmente, mas pelo corpo-em-trabalho-de-parto. O pressuposto, nesse caso, é de que o corpo é inteligente e detém um conhecimento inato, que tem a possibilidade de expressar-se em condições adequadas (de ambiência e pessoas), idealmente assumindo o controle sobre a razão. “É o que o corpo manda no momento”, definiu Sofia.

À equipe médica, da qual a maioria não abre mão, caberia respeitar essas escolhas – fossem elas emanadas do corpo ou da razão. Para as mulheres, dessa forma se abriria caminho para que pudessem assumir o controle sobre o parto, cabendo ao médico o papel de coadjuvante. Com efeito, o profissional de saúde seria solicitado apenas nas situações em que o corpo-em-trabalho-de-parto eventualmente falhasse. Com o controle sobre o processo, as mulheres assumiriam a “autoria” do parto, que deixaria de ser realizado de forma padronizada, ignorando indivíduos e particularidades.

É certo que a ideia de escolha, considerando-se que esta é feita em meio a um repertório de possibilidades apresentado pelos especialistas e ativistas, pode e deve ser problematizada, como fez Almeida (1987) em pesquisa realizada nos anos 1980 junto a gestantes adeptas do parto “natural” e do que denominou de uma proposta “alternativa” de maternidade. Baseando-se em Michel Foucault, a autora argumenta que a capacidade que as mulheres tinham de escolher livremente estava atrelada, de maneira paradoxal, a uma extensa rede de mecanismos e estratégias disciplinares acionada pelas “novas autoridades”, isto é, pelos especialistas, que vieram a assumir o lugar outrora ocupado pela família. Almeida afirma que a complexidade desses mecanismos “consiste exatamente em produzir eficazmente a operação que transforma ‘o seguir a disciplina e as normas’ num ‘desejo’ do sujeito” (1987: 119), o que também parece ocorrer, em alguma medida, no projeto de “humanização”. Segundo a autora,

“é neste sentido que a noção de *escolha individual* (...) que aparece para as gestantes como uma ‘liberação’ em relação à norma e à autoridade (médica, familiar), pode ser entendida como uma nova estratégia de facultar ao sujeito o ‘privilegio’ de controlar-se a si próprio e, ao mesmo tempo, sentir-se ‘liberado’ porque escolhe” (Almeida, 1987: 119 - grifos da autora).

Desejo de sentir

O interesse em vivenciar as sensações corporais desencadeadas pelo trabalho de parto foi mencionado por oito entrevistadas (Alice, Ana, Andréa, Angélica, Kátia, Sofia, Simone e Tatiana), configurando-se como um fator importante na decisão das mulheres do grupo para dar à luz dessa forma, como sugerem os relatos abaixo:

“Eu acho que o parto é uma experiência muito intensa, muito importante na vida da mulher e eu quero passar por isso assim... e tentar sentir o máximo disso, extrair o máximo dessa experiência. Eu acho que quanto menos tiver intervenção desnecessária mais eu vou conseguir extrair o máximo do meu parto. (...) Eu estou disposta a sentir a dor mesmo, porque ela faz parte desse processo que é muito bacana, não é? Eu acho que é uma dor que faz a gente crescer depois”. (Tatiana)

“As mulheres marcam cesariana (...) porque [dizem] ‘eu não quero sentir nada’. Eu acho muito estranho você ter um filho e não sentir nada”. (Kátia)

[O meu incômodo no primeiro parto foi] Não sentir, assim, era não saber... É como se fosse assim, é o que eu falo para as pessoas: um filme que eu tinha o início e o fim, que é quando você recebe o bebê, mas aquele meio ficou faltando.

(...) [Agora] Eu falei assim: “bom, se eu estou no parto, eu quero sentir o parto. Porque eu vou estar fazendo um negócio e vou estar eliminando a sensação que aquela coisa ali me dá?”. (Alice)

“Eu me senti muito realizada no meu primeiro parto, mas ficou essa dúvida: como é que teria sido se eu não tivesse tomado anestesia? E dessa segunda vez eu falei assim: “Nossa! Eu quero ir além. Eu quero sentir tudo. Eu quero dar o máximo”. (Angélica)

Como sugere o relato de Alice, no caso do parto, a dor faz parte da completude da experiência. De fato, ressalta Le Breton (1999), a anestesia, nas situações em que o indivíduo espera sentir dor, provoca um sentimento de “irrealização” ou “inacabamento”, na medida em que o priva de uma referência essencial que o afasta da realidade da experiência. De maneira geral, o desejo de vivenciar o parto da forma mais “natural” possível está associado à intenção de não ter nada que reduza ou minimize as sensações por ele desencadeadas e, nesse sentido, a intensidade do processo é valorizada, pois considera-se que dela advém a riqueza da experiência. O assunto, por sua relevância para a pesquisa, será retomado adiante, mais precisamente na sub-seção “Parto como processo: em busca do aperfeiçoamento subjetivo”.

“É melhor para o bebê”

A preocupação com a experiência de nascimento do bebê foi referida por seis entrevistadas (Tatiana, Elena, Angélica, Manuela, Simone e Kátia), que elencaram dentre os motivos que as levaram a optar por um parto “humanizado” o fato de considerarem que essa proposta seria capaz de oferecer a seus filhos uma experiência que qualificam como mais prazerosa e respeitosa, como sugere o relato de Tatiana:

“[Quando eu penso no] parto humanizado, eu penso nos desejos da mãe sendo todos atendidos, e nesse bebê chegando ao mundo com muito carinho, sem os procedimentos de aspiração, colírio, incubadora, mamando na sala de parto e tendo a presença de um dos pais em tempo integral”. (Tatiana)

Para essas mulheres, não só as intervenções de rotina do parto devem ser questionadas, mas também aquelas realizadas nos bebês nas primeiras horas de vida. Assim, seriam alvo de críticas o clampeamento precoce do cordão umbilical, a aspiração com sonda, a aplicação de vitamina K por via injetável, a administração de colírio de nitrato de prata nos olhos do recém-nascido, dentre

outras práticas. O colírio costuma ser especialmente questionado, pois, segundo as mulheres, é indicado apenas nos casos em que as mães são portadoras de gonorréia ou clamídia. No entanto, é aplicado de rotina nas maternidades, inclusive em partos cesáreos, isto é, quando o bebê não passa pelo canal de parto, onde poderia se contaminar.

As entrevistadas que manifestaram preocupação com o bem-estar do bebê ao nascer parecem ter encontrado inspiração nas idéias do médico francês Frédérik Leboyer. Como visto no capítulo 2, o obstetra francês foi o primeiro a desviar o foco da atenção, durante o parto, da mulher para o recém-nascido, denunciando que os procedimentos de rotina impunham um sofrimento ao bebê. Ao contratar uma equipe “humanizada”, que inclui não apenas o obstetra e seu assistente, mas também um pediatra afinado com o ideário, as mulheres esperavam reduzir as intervenções que costumam ser realizadas de rotina nos recém-nascidos, o que acreditavam que favoreceria a formação do vínculo com o bebê.

“Eu queria ter um parto o mais natural possível”

O desejo de ter um parto “mais natural” foi mencionado pela maioria das entrevistadas, tendo aparecido com maior ênfase, contudo, nos depoimentos de três delas (Ana, Simone e Vanessa). A idéia de um parto “mais natural” – que, não se deve perder de vista, foi construída a partir de um conceito de natureza culturalmente fabricado (Rodrigues, 2006) –, apareceu de maneiras diversas nos relatos dessas mulheres, algumas vezes mesclando-se com a noção de parto “humanizado”, noutras dela se diferenciando, como também observou Carneiro (2011) em sua pesquisa.

É possível dizer que, em alguns momentos, a expressão “mais natural” foi utilizada entre as mulheres etnografadas para referirem-se a um parto em que há o mínimo de “interferência”, termo que nesse contexto foi associado à realização de procedimentos médicos e ao uso de tecnologia. Com efeito, para elas tais intervenções são percebidas como negativas e indesejadas, pois seriam capazes de “bagunçar”, “atrapalhar” e “prejudicar” o processo de parturição, que é valorizado em termos sensoriais, sendo esta considerada uma experiência “constitutiva”

(Duarte, 1998: 22), uma vez que através dela se busca aceder a uma transformação interior.

Por outro lado, é interessante destacar, a ideia de aperfeiçoamento pessoal, que está associada à valorização da experiência, não exclui uma visão fisiológica universalizante, que também permeia a noção de parto “natural”. Com efeito, este aparece nos relatos dessas mulheres como um parto que, simultaneamente, obedece e é resultado de uma “ordem”, de um “encadeamento” ou de uma “grande sinfonia”¹⁹³, que é comum a todos os corpos, o que tornaria esse tipo de parto, supostamente, acessível a todas as mulheres. Segundo essa visão, o “natural” provê a ordem enquanto a tecnologia (ou a cultura) a desordem, a partir de uma visão – muitas vezes presente nos movimentos ambientalistas e no próprio conhecimento científico formal – de que a natureza está em estado perene de equilíbrio.

Diante disso, a tecnologia/cultura é positivada e vista como complementar apenas nos casos, qualificados como excepcionais, em que são observadas falhas no processo “natural” de parturição que, como regra, é considerado perfeito e eficaz. Esta visão se opõe àquela, prevalecente na Obstetrícia e predominante em nossa sociedade, na qual o parto é percebido como um fenômeno arriscado e perigoso (Chacham, 2004a), havendo necessidade de um maior controle, através da medicalização de rotina e do uso regular de tecnologias.

De fato, a ideia de um parto “mais natural”, tal como formulada pelas entrevistadas, aponta para uma supervalorização do corpo e ao que seriam seus “saberes” intrínsecos – leia-se, instintos –, além de sugerir, ainda, uma quebra de hierarquia, tendo em vista que esse “saber” corporal é percebido como sendo compartilhado não só pelas mulheres, mas por todos os mamíferos, sendo o parto um momento que recordaria o humano de sua animalidade – o que denota grande influência das idéias de Michel Odent.

É interessante que, em diversos momentos, o parto “mais natural” aparece nos relatos das entrevistadas como aquele em que não há imposições (seja da

¹⁹³ Nas palavras da entrevistada Simone: “Eu gostava de perceber como tudo é uma grande sinfonia, não é? A coisa começa devagar com o tampão saindo e aí vai progredindo, pá-pá-pá até chegar no nascimento”.

posição para dar à luz, de comportamentos ou de medicações) o que abriria caminho para uma maior espontaneidade e liberdade, que permitiriam aceder aos instintos mais recônditos – como previsto por Odent. Segundo Russo e Ponciano (2002), como visto no capítulo 2, a singularidade e a liberdade, tal como concebidas nas teorias neurocientíficas – que parecem inspirar essas mulheres –, são percebidas como ancoradas na natureza biológica do homem, o que rompe com a visão tradicional que concebia o biológico como sinal de determinismo absoluto e, nesse sentido, como falta de liberdade e perda da singularidade. Assim, o parto “mais natural” é valorizado por essas mulheres porque supostamente dele emerge sua individualidade: sua fisiologia e seus instintos, mas também suas sensações, sua subjetividade e experiência particulares, por oposição à padronização imposta pela medicalização.

4.3. Família nuclear: conciliando o “eu” e o “nós”

Se entre as camadas populares prevalece um modelo de família extensa, pautada por preceitos relacionais e hierárquicos (Duarte e Gomes, 2008, Fonseca, 2005, Sarti, 2011), entre as camadas médias parece haver consenso na literatura (Ariès, 1978, Singly, 2007, Heilborn, 2004, Duarte, 1995, dentre outros) quanto ao predomínio, ainda que com negociações, do modelo de família nuclear e conjugal, fruto da reestruturação da família ocidental a partir da difusão do individualismo como valor (Duarte, 1995).

Assim, buscando encontrar o tênue equilíbrio entre o reconhecimento da singularidade individual e o englobamento pela própria instituição, a família nuclear veio a assumir uma desafiadora tarefa, qual seja:

“viabilizar a própria ontogênese dos Sujeitos individualizados, propiciar que se desenvolvessem na justa medida (e quão difícil foi sempre obter essa têmpera!) entre ‘independência’ e ‘respeito’, entre integração e autonomia, entre o compromisso com a singularidade monádica e o reconhecimento dos ‘deveres para com o próximo’.” (Duarte, 1995: 39).

Enfocando principalmente a relação entre os cônjuges, Salem (2007) foi uma das que chamou a atenção para o desafio de se conciliar a autonomia e a liberdade dos sujeitos, valores centrais da pessoa moderna, com o desejo de ambos de formarem um casal, considerando o risco de cada um ser encapsulado

por essa unidade maior. O dilema, segundo a autora, seria “semelhante ao de manter a unidade na diversidade, que afeta a ordem individualista e pluralista mais geral. Trata-se de formar um *nós* assentado em uma fragmentação igualitária” (2007: 16-17). Na busca desse difícil equilíbrio, Singly (2007) observa que, em especial nas camadas médias e superiores, homens e mulheres oscilam entre privilegiar as exigências do casal e aquelas de cada um dos cônjuges, em determinados momentos reforçando a fusão e noutros a autonomia.

O dilema do “casal igualitário” (Salem, 2007, Heilborn, 2004) surgiu em grande medida como resultado do processo de aceleração da individualização nas sociedades metropolitanas, iniciado, segundo Singly (2007), na década de 1960, momento que o autor francês localiza como sendo de transição entre a “primeira” e a “segunda modernidade”. Assim, de acordo com o autor, enquanto inicialmente o foco da família nuclear era o grupo, estando os adultos a serviço da família e, principalmente, das crianças, na contemporaneidade a ênfase maior recaiu sobre o processo de individualização dos sujeitos. Nesse sentido, o elemento central deixou de ser o grupo, passando a ser as partes que o compõem, o que converteu a família atual em um “espaço privado a serviço de seus membros” (2007: 131). De acordo com Singly (2007), hoje em dia a valorização das relações depende de sua capacidade de satisfazer cada um dos membros da díade ou do grupo familiar. Dessa forma, o que importa é a felicidade de cada um, tendo em vista que “o ‘eu’ é mais importante do que o ‘nós’” (2007: 132)¹⁹⁴.

Para compreender essas transformações é necessário considerar que o processo de individualização observado nesse momento atingiu principalmente aqueles que seriam os sujeitos menos individualizados da “primeira modernidade”, ou seja, as mulheres e as crianças, que assistiram a um crescimento notável de seus direitos (Singly, 2007). No que se refere especificamente às mulheres, o autor afirma que a intensificação do processo de individualização pode ser atribuída à sua inserção no mercado de trabalho, à sua maior escolarização e ao recrudescimento da organização do feminismo.

¹⁹⁴ O autor, contudo, discorda daqueles que anunciam o desaparecimento do grupo conjugal ou do grupo familiar, uma vez que, segundo ele, os indivíduos reconhecem na família um importante meio para a realização pessoal.

Franchetto et al. (1980), por sua vez, argumentam que o feminismo, com suas reivindicações por direitos iguais e autonomia, é, na prática, um desdobramento do individualismo. Segundo as autoras, como expressão dessa ideologia, o feminismo investiu intensamente sobre a família, “um dos domínios renitentes à destotalização” (Franchetto et al., 1980: 37), e daí resultaram os movimentos que reivindicavam a autonomização da sexualidade com relação à família, que encontrou grande expressão na revolução ou liberação sexual da década de 1960. Outro importante foco de atenção feminista direcionou-se à alocação exclusiva da mulher no domínio privado e à distinção de papéis sexuais expressa, especialmente, no seio da família nuclear. De maneira geral, é possível dizer, portanto, que o movimento feminista adotou como postulado o reconhecimento da mulher enquanto indivíduo, e, ao mesmo tempo, contribuiu para torná-lo uma realidade social, favorecendo o rompimento com a totalidade hierarquizada da família.

No plano da atuação política, as autoras destacam que o feminismo, desde a luta pelo sufrágio na segunda metade do século XIX, caracterizou-se pela reivindicação da extensão dos direitos masculinos às mulheres. Nesse sentido, afirmam Franchetto et al., “a luta política das mulheres enquanto sexo elege[u] o indicador ‘direitos’ como aquele através do qual se pode mensurar a igualdade entre os sexos” (1980: 40). Foi também a partir do registro dos direitos que o corpo, importante “fronteira” que marca e pontua a diferença entre os indivíduos (Le Breton, 2011), tornou-se alvo de uma série de reivindicações, como aquelas ligadas à contracepção e à legalização do aborto. Com efeito, foi nesse esteio que surgiu o movimento pela “humanização” do parto, na medida em que o ato de dar à luz, como será possível notar a seguir, passou a ser visto, “em última instância”, como um momento de expressão de direitos e um exercício de autonomia das mulheres sobre seus corpos.

4.3.1.

O parto: decisão feminina

Se entre as mulheres de camadas populares o parto “natural” e “humanizado” muitas vezes é fruto de uma decisão coletiva, que envolve a gestante, o pai do futuro bebê e as mulheres da rede de parentesco (com maior

ênfase para a mãe da gestante), nas camadas médias essa decisão idealmente deve ser tomada pelo casal, mas é percebida, “em última instância”, para reproduzir a expressão usada pelas mulheres, como sendo delas.

Na maioria dos vídeos de parto “natural” e “humanizado” postados na Internet é freqüente a imagem do parceiro fazendo massagem na mulher, lhe fazendo carinho e prestando apoio, mas é preciso destacar que há também aqueles em que o homem simplesmente não aparece na cena do parto, incidindo todo o foco sobre a mulher que dá à luz. De fato, é interessante notar que, quando solicitadas a relatarem seus partos, todas as entrevistadas fizeram longos e detalhados depoimentos, mas algumas (Vanessa, Sofia, Andrea, Kátia) praticamente não incluíram o pai do bebê na narrativa. A visão de Vanessa, de que o parto é um processo solitário, parece explicar o porquê dessa ausência.

“Apesar do apoio todo, de todo mundo que está ali assistindo e está querendo ajudar de alguma forma nesse processo, que é solitário, a mulher tem que segurar o rojão sozinha”¹⁹⁵. (Vanessa)

Tal visão é compartilhada por seu marido:

“O pai está junto, mas essa coisa de passar, de conseguir, de conquistar e ter o filho, é mérito dela”. (Jorge, marido Vanessa)

Outras entrevistadas parecem concordar com a idéia de que “o parto é da mulher”, afirmação que inclui a vivência da experiência, mas também as decisões relativas ao processo de parturição (como, por exemplo, local de parto, equipe, opção pelo parto “natural” “humanizado”, etc.).

“A gravidez é um projeto do casal, mas o parto eu acho que é da mulher” (Andrea).

¹⁹⁵ É interessante notar que no grupo de apoio à gestação e ao parto, do qual Vanessa e mesmo outras entrevistadas participavam, o protagonismo da mulher no parto era fortemente enfatizado. Em um dos encontros uma das coordenadoras afirmou que o objetivo do grupo era justamente que a mulher tivesse a sensação de que “pariu sozinha”, isto é, que “não transferiu [o parto] para ninguém”, por oposição à mulher que, ao dar à luz, faria comentários como: “eu não teria conseguido sem fulano”, seja doula, marido, médico, etc. A grande ênfase que esse grupo coloca sobre a mulher – suas escolhas, sua experiência, seu corpo – parece diferir daquela observada no curso de preparação para o parto coordenado por Flora, onde a tônica muitas vezes incide sobre o casal. É importante destacar que há uma diferença geracional entre as coordenadoras do grupo de apoio, que tem entre 30 e 40 anos, e Flora, que tem algo em torno dos 60 e deu à luz na década de 1980, auge do fenômeno do “casal grávido”, pesquisado por Salem (2007).

“O parto é da mulher. Eu acho que o parto é da mulher, a experiência é dela. O marido vai ter uma experiência ali, mas ele vai ter não é de parto, ele vai ter do nascimento do filho dele, de assistir aquele momento, e claro, com todas as emoções que lhe cabem. Mas o parto mesmo é da mulher, é o que vai acontecer com o corpo dela, com o ser que foi gerado dentro dela, que ficou tanto tempo com ela, o vínculo é da mãe e do bebê. O pai tem o seu papel, mas o parto eu acho que é um ato realmente da mulher e deve ser escolha dela” (Manuela).

Assim, se a gravidez deve ser um projeto do casal, como indica Andrea, o mesmo não se pode dizer do parto, representado por ela, Manuela e Vanessa como uma experiência feminina, que envolve seu corpo, suas sensações e emoções. Contudo, isso não significa que, em termos ideais, o projeto não deva ser compartilhado por ambos ou então que o parceiro apóie as escolhas da gestante. Com efeito, este é considerado o cenário ideal por integrantes de uma comunidade virtual, da qual participam alunas e ex-alunas de Flora, que se manifestaram sobre o tema:

“Todo o processo desde a gravidez até o nascimento deveria ser do casal. Aqui em casa eu sempre quis normal e fui apoiada... o processo de convencimento foi mais relacionado à humanização... sem intervenções desnecessárias... não [foi] muito difícil, foi mais pelo desconhecimento do meu marido e pelo fato da ex-mulher dele ter tido uma cesárea... Então decidimos juntos, mas caso ele não concordasse, a escolha seria minha. Então acho que a decisão é sempre da mulher, pois o filho é dos dois, mas o corpo é dela, a vida está crescendo dentro dela... O mundo perfeito é que seja um processo do casal, que esteja em sintonia... Mas ainda existem muitos homens pouco participativos, e isso pode dificultar o processo quando há divergência de idéias.” (Diana)

“Para mim, no pensamento romântico, [o parto] é do casal. Na minha experiência, onde tenho um companheiro amoroso e respeitoso tudo foi pensado e falado em conjunto, mas finalmente sempre tinha a frase de parte dele ‘o que você quiser, eu vou estar do seu lado e te apoiar em tudo o que você precisar’. Então, romanticamente é do casal, mas ao final a decisão é de nós mulheres...” (Janaína)

“O parto pode ser do casal se o casal está em sintonia e se o homem deseja participar ou demonstra interesse em vivenciar essa experiência em conjunto, mas a decisão final sobre como vai ser (se vai ser cesárea ou parto normal) e onde vai ser (se vai ser em casa ou em hospital ou em casa de parto) É DA MULHER. O corpo é dela e será ela quem vai vivenciar a frustração de não ter o parto que esperava ou mesmo violência obstétrica...” (Carolina)

“O parto é da mulher contando com o apoio do marido. Não tem como dividir completamente a experiência porque realmente é impossível que o homem entenda exatamente o que está acontecendo dentro dos nossos corpos nessa hora e o que estamos sentindo. Essa parte é ‘nossa’. Mesmo assim é claro que se torna uma experiência muito mais maravilhosa com o apoio e amor do companheiro ao lado” (Cíntia).

“[O parto é da mulher]. Quem pari, quem sente as dores, quem sabe o seu limite é a mãe”. (Elvira)

“Eu acho que o parto é de ambos [casal], mas que na hora do ‘vamo’ ver’, o desejo (e os medos, a voz, a escolha) da mulher pesa mais, e que não poderia ser de outro jeito. Porque, em última instância, o parto acontece no corpo da mulher e, portanto, cabe a ela tomar as decisões sobre o que será feito (ou não) com o seu corpo”. (Cecília)¹⁹⁶

Como é possível notar, os depoimentos sugerem que, de um ponto de vista romântico e ideal, o parto “natural” e “humanizado” deve ser resultado de um projeto do casal ou então de um projeto da mulher, mas contando com o apoio do parceiro. Porém, a participação masculina, ainda que desejável, não é percebida como estritamente necessária, uma vez que seriam as mulheres a vivenciar a experiência e, portanto, caberia a elas tomar as decisões envolvendo seus corpos. Nesse sentido, a afirmação frequentemente entoada por ativistas da “humanização” de que “o parto é da mulher”, isto é, resultado de suas escolhas, parece direcionar-se não apenas ao médico, mas também ao parceiro, de quem também se espera que acolha suas decisões.

Uma breve comparação com o fenômeno do “casal grávido”, também adepto do parto “natural” e cuja afirmação nos grandes centros urbanos brasileiros data do início dos anos 1980, parece inevitável. Diferentemente do que se observa hoje, para os sujeitos investigados por Salem (2007), a presença do pai no nascimento era tratada como condição *sine qua non*, na medida em que o parto – e também a gravidez – era representado como uma experiência a ser compartilhada a dois, colocando em cena um ideal de conjugalidade que a autora designou como “casal igualitário”. Nesse sentido, Salem afirma que: “A participação do pai durante a gravidez, no parto e na fase do pós-parto constitu[ía] item-chave do ideário” (2007: 185).

A mudança na forma como o parto passou a ser representado, isto é, de uma experiência fundamentalmente do casal para um evento que deve ser do casal, mas que, em última instância, é reconhecido como uma experiência da mulher, não deve ser minimizada. A hipótese aqui levantada é a de que essa

¹⁹⁶ Cecília, que ainda não tem filhos, mas planeja engravidar, é adepta do ideário, possui um blogue sobre o assunto e costumava frequentar as reuniões do grupo de apoio à gestação e ao parto. Seu comentário foi feito por e-mail.

mudança encontra relação com a disseminação do conceito de “humanização”, incorporado mais recentemente pelo movimento em favor do parto “natural”. Como já referido, a “humanização” – ainda que se trate de um termo polissêmico, como observou Diniz (2005) – é interpretada pela maioria dos ativistas e também por muitas mulheres adeptas do ideário como o direito da parturiente de ter suas escolhas respeitadas. Essa visão, fortemente influenciada pelo movimento feminista e pela idéia de que “o meu corpo me pertence”, contribuiu para colocar maior ênfase sobre a mulher do que propriamente sobre o casal, na medida em que a dimensão corporal e subjetiva do parto ganhou proeminência em detrimento de outros aspectos.

Outro dado que não deve ser ignorado refere-se ao fato de que o médico Michel Odent se posicionou publicamente contra a presença do pai no momento do parto. Partindo da premissa de que o parto é um evento feminino, o obstetra argumenta que o parceiro pode representar um perigo, ao dificultar a “entrega” da mulher e o “reencontro com seus instintos”, como anteriormente referido. É possível que seu posicionamento tenha contribuído para que o parto deixasse de ser percebido como um evento primordialmente do casal e passasse a ser encarado como uma experiência que diz respeito, sobretudo, à mulher.

Deve-se destacar, contudo, que o projeto como um todo, de maneira alguma prescinde do pai. A equidade na relação entre os cônjuges continua sendo um importante valor, especialmente no que se refere ao pós-parto. A expectativa, nesse sentido, é de que ambos, pai e mãe, não deleguem para terceiros, mas dediquem-se aos cuidados com o bebê, havendo idealmente uma divisão de trabalho menos segregada entre o casal. Recentemente, foi inclusive cunhado o termo maternidade e paternidade “conscientes” – assim como concepção e gestação “conscientes” –, que prevêem o envolvimento direto dos pais nos assuntos que concernem à criança e a tomada de decisão com base em “escolhas informadas”, isto é, refletidas e não automáticas, o que significa, em geral, uma disposição a romper com as práticas tradicionais ou hegemônicas.

4.3.2.

Mãe: ameaça ou apoio?

Salem (2007) e Almeida (1987), em pesquisas realizadas na década de 1980 com casais de camadas médias que almejavam um parto “natural”, chamaram a atenção para como naquela época a presença das famílias de origem no parto e mesmo no processo de elaboração desse projeto despontava como um verdadeiro “tabu”. Nesse sentido, a família era percebida pelas mulheres – e apontada pelo ideário “alternativista” (Almeida, 1997) – como capaz de promover uma interferência prejudicial às gestantes, uma vez que tinha uma visão de mundo diferente, não compartilhava da identificação quanto à visão transformadora da maternidade e atribuía um peso menor aos aspectos emocionais e psicológicos da gravidez. Em suma, a gestante e sua família de origem se pautavam por referências e sistemas de orientação que não se correspondiam. Segundo Almeida (1987), era especialmente sobre a figura da mãe, “enquanto representante de um modelo de maternidade ligado a gerações anteriores, que reca[ía] a função ‘necessária’ de ‘bode expiatório’ para a filha gestante, a qual, por sua vez, procura[va] integrar-se às novas versões e referências ‘alternativas’ da maternidade” (Almeida, 1987: 99).

A partir das observações feitas durante o trabalho de campo, pode-se dizer que há certa continuidade, do ponto de vista do ideário da “humanização”, na forma como é representada a família de origem, em especial a mãe. Esta geralmente é descrita como uma interferência negativa, capaz de contaminar o projeto, o que se atribui à sua incompreensão sobre a proposta e a um possível descontrole emocional, que poderia comprometer o desempenho da parturiente. A forma de atuação do profissional “humanizado”, idealmente menos propositiva, também poderia ser mal interpretada pela mãe da parturiente, sendo confundida com desatenção, como narrou Flora ao descrever um parto que acompanhara como doula. Assim, apresentando justificativas variadas, os especialistas “humanizados” costumam desaconselhar a presença da família no momento do parto e sugerem algumas estratégias para que isso se concretize, dentre elas, não informar os parentes sobre o início do trabalho de parto, avisando apenas após o nascimento do bebê.

Vale destacar que, no caso das mulheres que optam por dar à luz na maternidade, a restrição imposta pela instituição quanto ao número de acompanhantes, que se limita a apenas um, vem de certa maneira reforçar o afastamento sugerido pelos especialistas, posto que a mulher, para contar com a participação da mãe no parto, por exemplo, teria que abrir mão do parceiro, presença hoje em dia considerada inquestionável por aquelas que integram esse segmento social, adeptas ou não do ideário da “humanização”.

No que se refere às mulheres, uma parte das entrevistadas (Ana, Tatiana, Simone, Ágata, Angélica) compartilhava da visão de que a família de origem, não apenas em decorrência da restrição imposta pela maternidade, mas, por princípio, deveria ser afastada do trabalho de parto e parto. É interessante notar que, com exceção de Angélica – cuja mãe mora perto de sua casa¹⁹⁷ –, todas já tinham contatos menos freqüentes com seus pais, pois não moravam na mesma cidade ou, em alguns casos, sequer no mesmo país. Tal fator possivelmente contribuiu para que essas mulheres não problematisassem as recomendações feitas pelos especialistas sobre o afastamento da parentela, percebendo-as como adequadas.

“Não gostaria mesmo [da presença da mãe ou sogra no parto]. Nenhuma das duas saberia me passar tranquilidade, que é uma das sensações que eu acho mais necessárias na hora do parto.” (Tatiana)

“Não, nunca [cogitei que minha mãe estivesse no parto]. (...) Eu acho que não tem nada a ver. Eu acho que o marido é quem tem que estar presente. (...) Isso é muito curioso. Eu acho que é uma diferença cultural, porque aqui todo mundo fala: “E a sua mãe? Ela vem quando [da Alemanha]? Antes do parto?” E eu: “Não, gente, só em julho” [A data de previsão para o parto era em abril]. E todo mundo: “Ué, mas como assim?”. Mas saiu dos dois lados. Assim, eu não queria ela aqui é... porque eu acho que pode atrapalhar. Assim, nada contra a minha mãe, mas, nesse momento, pode atrapalhar um pouquinho, principalmente, também depois, com o bebê já em casa. Porque a gente tem que aprender a pegar aquele novo ritmo, criar aquela nova família, não é? E ela pensou a mesma coisa, não é? Ela falou: “Ih, filha! Não, assim, no mínimo no primeiro mês, eu não quero aparecer aí, não. Porque vocês têm que pegar o jeito. Eu só vou falar coisinhas, vou te estressar, você vai ter que cuidar de mim também.” Então, ela só vem depois”. (Ana)

¹⁹⁷ Apesar de próximas, Angélica disse ter ficado incomodada com a presença da mãe durante o início do trabalho de parto, que passou em casa. “A questão com a minha mãe é essa: para ela é muito diferente o parto humanizado, o parto natural. Nós nascemos de cesárea, eu e minha irmã. Então, ela queria que eu tivesse com a mesma médica que fez o parto dela. Então, para ela, era tudo meio assustador... a experiência que eu estava passando. Era por isso que eu não queria que ela estivesse no parto, ela estava muito nervosa”.

“Eu não tenho muito boa relação com a minha mãe. (...) Mesmo assim, na França, isso é coisa de intimidade e tudo, que não se compartilha muito com as mães. Não é como aqui, no Brasil, na América Latina, que é mais forte talvez, não sei. Mas na França, geralmente, [quem participa do parto] é o marido”.
(Ágata)

Para Ágata e Ana, respectivamente de nacionalidade francesa e alemã, a presença da mãe no parto em nenhum momento foi aventada, e a pergunta inclusive causou certo estranhamento, o que atribuíram a uma diferença cultural: segundo elas, em seus países a família de origem não costuma integrar a cena do parto, sendo este um evento vivido primordialmente pelo casal.

Ana, que é casada com um brasileiro, teve inclusive um pequeno conflito com a sogra, pois esta, ao ser informada do nascimento da neta, comprou uma passagem aérea para vir no mesmo dia de Brasília para conhecê-la, a despeito das orientações transmitidas pelo filho para que aguardasse algumas semanas. Quando recebeu a notícia de que a sogra chegaria em breve, Ana foi categórica e Carlos, seu marido, telefonou constrangido, pedindo que a mãe trocasse a data da passagem. Como é possível notar, para Ana, não apenas o parto deve ser uma experiência compartilhada apenas pelo casal, mas também o primeiro mês de vida do bebê, quando, segundo ela, se consolida a formação da “nova família”, construída a partir do nascimento da criança.

Por outro lado, chama a atenção o fato de uma parcela das entrevistadas (Vanessa, Alice, Elena, Sofia, Andrea) ter, a despeito das recomendações dos especialistas afinados ao ideário, se mostrado favorável e receptiva à possibilidade da mãe estar presente no parto. A restrição imposta pela maternidade de ter apenas um acompanhante revelou-se um empecilho, mas algumas fizeram questão de dizer que, caso o marido não pudesse estar presente na hora do parto, a mãe seria sua substituta “natural”. Vanessa, a única que teve um parto domiciliar e por isso não se deparou com restrições no que se refere ao número de acompanhantes, foi assistida por vários membros da família quando dava à luz Aurora, dentre eles a mãe e a sogra:

“[Estavam assistindo ao parto] Minha mãe, minha sogra, meus três filhos, a madrinha da Aurora, que é minha sobrinha e que veio junto com minha sogra, a Mariana [enfermeira obstetra], a Edith [parteira alemã], meu marido e a empregada. É isso. Comigo e a Aurora, que nasceu, são 12. [risos] Super-humanizado... (...) Essa coisa do nascer, do momento íntimo, é muito do histórico

da pessoa, do contexto da família... Eu sou neta de italiano, eu falo alto, a casa aqui é barulhenta, meu marido fala alto, a criançada grita mesmo... É uma casa barulhenta mesmo. É porque o parto foi muito rápido, mas se eu estivesse em São Paulo, onde eu tenho uma família enorme, eu acho que tinha feito como uma americana que pariu em uma redoma de vidro e vendeu ingressos [risos]”.

Vale destacar que, enquanto Ana e Ágata fizeram referência às culturas de seus países de origem (Alemanha e França) para justificar a ausência da mãe no parto, Vanessa mencionou o fato de ser proveniente de uma família italiana, para explicar o motivo pelo qual 10 pessoas presenciaram seu parto, dentre elas sua mãe e sua sogra, número que, segundo ela, poderia aumentar se o parto não tivesse sido tão rápido ou se tivesse ocorrido em São Paulo, sua cidade natal.

Por fim, um caso interessante parece ser o de Manuela, que durante a gravidez estava convencida de que sua mãe não deveria estar presente no parto, pois poderia ficar muito nervosa ao vê-la sentir dor, vindo a “atrapalhar” o trabalho de parto. No entanto, depois de ter tido um parto muito diferente do que planejara¹⁹⁸ – tendo feito uso de anestesia e contado com a presença indesejada da sogra, uma médica não afinada à proposta de “humanização”, na sala de parto –, Manuela afirmou que a ajuda da mãe para conseguir “aceitar” a experiência foi fundamental e estava repensando seu posicionamento inicial sobre sua participação no parto.

“Em um primeiro momento não [queria a presença da mãe]. Eu achava que tinha que ficar sozinha, que ia ser melhor para mim. Depois, minha mãe foi uma presença tão boa no pós-parto, em tudo... Ela que me ajudou a elaborar essa questão [da frustração com parto] e tudo. Eu vi que, na verdade, minha mãe é minha melhor amiga. Então, essa relação talvez... Assim, me fez ter desejo de que ela estivesse lá comigo na hora para me ajudar, para me dar força”.

Como é possível notar, a aproximação com a mãe no pós-parto, peça-chave para que conseguisse “elaborar” a distância entre o parto idealizado e o vivido, fez com que Manuela se desse conta de que ela representava um importante apoio afetivo e emocional – que não pôde ser suprido pelos profissionais nem pelo parceiro, uma vez que, na visão de Manuela, este dividia sua atenção entre ela e a mãe. Assim, diante das falhas do plano inicial, surgiu o desejo de que sua mãe estivesse presente no parto e pudesse reverter a situação,

¹⁹⁸ O possível hiato entre o parto idealizado e o parto vivido será abordado na última seção desse capítulo.

passando de alguém que poderia minar o projeto, a alguém que poderia “salvá-lo”, dando-lhe o apoio necessário para superar os “imprevistos” que o ameaçavam.

Na visão de Manuela, a presença da mãe no parto teria representado um importante apoio, uma vez que disse ter percebido que ela era, na realidade, “sua melhor amiga”. O vínculo com a progenitora também foi a justificativa apresentada por Elena e Alice ao comentarem que desejariam, se fosse possível, sua participação no parto. Segundo Alice, ela e a mãe têm “uma ligação muito forte” e esta ficaria muito feliz por poder assistir ao nascimento do neto. Da mesma forma, Vanessa, cujo parto foi presenciado por vários familiares, acreditava que, assim, estava brindando-lhes uma “experiência de vida”. Nesse sentido, o parto é percebido como uma experiência decisiva e marcante, a ser compartilhada:

“[Eu queria] dar essa oportunidade pra todo mundo. E isso [o parto] muda não só a pessoa que está parindo, isso muda a vida de quem presencia um momento desses, mesmo que como espectador. A pessoa que presencia um momento desses, muda pra vida toda, uma experiência que vale pra vida”. (Vanessa)

Em resumo, é possível dizer que as advertências feitas pelos especialistas de que a família poderia representar uma interferência negativa no parto foram recebidas de maneira diversa: enquanto uma parte das mulheres concordou com elas, enxergando nessa aproximação um risco, outra pareceu insensível a tais advertências, seja pela intensidade do vínculo que mantinham, seja pelo desejo de compartilhar a experiência, considerada marcante e transformadora não apenas para a parturiente, mas também para aqueles que dela participam.

Rezende (2011), que realizou pesquisa com um grupo de apoio a gestantes no Rio de Janeiro, do qual participavam mulheres de camadas médias, com nível superior e aproximadamente a mesma faixa etária das que integram o presente estudo, observou entre suas entrevistadas, de maneira geral, uma grande proximidade com a família de origem, o que levou a autora a afirmar que “family participation during pregnancy seemed taken for granted, just as with partners” (2011: 541).

Uma ressalva, no entanto, deve ser feita e esta talvez explique o fato de a participação da família ter sido aparentemente um consenso entre as mulheres

entrevistadas pela autora. Apesar de Rezende (2011) ter adotado os estudos de Salem (2007) e Almeida (1987) como referências comparativas, nem o grupo de apoio onde realizou sua pesquisa de campo nem as gestantes que o frequentavam estavam comprometidos – como no caso dos estudos anteriores – com um projeto de parto “natural”, que, como visto, passou a ser englobado pelo ideário da “humanização”. Isso parece ter grandes implicações, tendo em vista que os especialistas afinados com essa proposta parecem ser peça importante na disseminação da idéia de que a participação da família de origem deva ser evitada.

No entanto, não pode ser ignorado que tal idéia aparentemente não tem tido a mesma receptividade por parte das mulheres que hoje almejam um parto “natural” e “humanizado”, como parece ter encontrado entre as adeptas do parto “natural” na década de 1980. Nesse sentido, a ressalva feita anteriormente em relação ao artigo de Rezende (2011) não invalida seu argumento.

Com efeito, a autora, baseando-se em Barros (2009), afirma que os valores individualistas das mulheres que deram à luz nos anos 1980 – momento em que ganhou notoriedade o fenômeno do “casal grávido”, expressão de um individualismo psicologizante e libertário (Salem, 2007) – contribuíram para rever e mudar papéis de gênero tradicionais e relações familiares, até então fortemente baseados na hierarquia e na diferença. Partindo dessa premissa, Rezende (2011) argumenta que a geração atual aparentemente já foi socializada com esses valores individualistas, o que se reflete na escolha de uma carreira profissional e no fato de a gravidez ter sido fruto de uma escolha, o que também foi possível observar entre as entrevistadas do presente estudo. Dessa forma, a autora afirma que “the family was no longer a threat to the affirmation of singular identities, but a supportive group in which individuality could be developed” (Rezende, 2011: 544).

4.3.3.

Doula: em busca de um espaço

De origem grega, a palavra “doula” significa, em uma tradução livre, “mulher que serve”. Sua função é oferecer apoio físico e emocional à parturiente, não estando apta a realizar procedimentos médicos. Durante o trabalho de parto seu papel costuma ser o de ajudar a parturiente a encontrar posições mais

confortáveis, mostrar formas eficientes de respiração, assim como propor métodos não farmacológicos para auxílio no alívio da dor, como banhos, massagens, técnicas de relaxamento, etc. Em geral, a doula faz também a interface entre a equipe de assistência e o casal, ocupando o papel de “mediadora”. Nesse sentido, cabe a ela explicar os termos médicos e os procedimentos hospitalares, o que em alguns casos ocorre em um momento prévio ao parto, isto é, durante a gestação, como no curso de preparação oferecido por Flora.

É importante mencionar que o trabalho da doula não é reconhecido como profissão e, portanto, não é regulamentado no Brasil. Sua formação em geral é feita por meio de cursos intensivos, que normalmente duram poucos dias e são oferecidos pela Associação Nacional de Doulas (Ando), fundada e dirigida por Flora, e por grupos de apoio à gestação e ao parto. Essa especialidade, no entanto, é incentivada pelo movimento em favor da “humanização”, que se apóia em pesquisas realizadas no exterior, as quais sugerem que a presença de uma doula no parto reduz significativamente a necessidade de intervenções médicas e farmacológicas.

Apesar desse reconhecimento e de mais da metade das entrevistadas ter contratado uma doula para lhes prestar apoio físico e emocional durante o parto, é possível dizer que essa especialista ainda está conquistando seu lugar na cena do parto “natural” e “humanizado”. Os desafios por ela enfrentados são variados: para alguns parceiros sua presença é vista como negativa, pois reduziria sua participação (como argumentaram os maridos de Angélica e de Alice); já algumas mulheres se dizem incomodadas com o fato de ser uma pessoa com quem não tem intimidade, sendo mais uma a participar do parto, quando consideram que o menor número possível de pessoas seria o ideal; há ainda as que afirmam preferir não ser tocadas durante o trabalho de parto (Simone¹⁹⁹, Vanessa), o que reduziria a atuação da doula, cujo trabalho muitas vezes envolve o contato físico, por meio de massagens, por exemplo.

Por parte das equipes de assistência, seu espaço parece ter sido conquistado apenas entre os médicos “humanizados”. De fato, nos partos

¹⁹⁹ Simone foi uma das que contratou os serviços de uma doula, mas, durante o trabalho de parto, disse ter se dado conta de que preferia não ser tocada por ninguém.

assistidos por enfermeiras obstetras, por exemplo, essa profissional costuma argumentar que seu trabalho envolve não apenas a técnica, mas também o aspecto emocional, o que tornaria a presença da doula prescindível, pois a enfermeira obstetra – aparentemente diferenciando-se do médico – estaria apta a prover também um apoio físico e emocional à parturiente. Já nas equipes médicas que não se identificam como “humanizadas”, a presença da doula não costuma ser bem-vinda, mas por outro motivo: pelo temor de que esta profissional possa vir a questionar a conduta do médico, convertendo-se em uma espécie de “guardiã dos procedimentos”.

Vale destacar que, devido a um episódio ocorrido há vários anos em uma das principais maternidades da Zona Sul da cidade, durante o qual uma doula aparentemente questionou a realização de determinados procedimentos médicos, essas especialistas até hoje têm sua entrada restringida na instituição. Em 2012, depois de uma entrevista exibida no Programa Fantástico, da Rede Globo, em que um médico obstetra paulista manifestou apoio à realização de partos domiciliares, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) elaborou duas resoluções (n. 265 e 266/12) – uma das quais atingiu diretamente a atuação da doula.

Enumerando riscos e responsabilidades, o Cremerj, em uma das resoluções, vetou qualquer participação médica em partos domiciliares e casas de parto, bem como proibiu que esses profissionais prestassem assistência imediata a neonatos nascidos em ambiente domiciliar. Na outra, o órgão proibiu a participação de doulas nos partos realizados em maternidades do estado, instituindo que apenas médicos poderiam estar presentes. Segundo entrevista concedida na época por Luís Fernando Moraes, um dos Conselheiros do Cremerj, a proibição supostamente justificava-se pelo fato de as doulas não terem formação na área de saúde: “Pessoas leigas dentro de uma sala cirúrgica, atuando, nós achamos que isso é inseguro também para a paciente, porque essas pessoas não têm formação, não têm noções de assepsia, de cuidados. Por isso, a gente tenta proteger a paciente com essas resoluções.”²⁰⁰ Como é possível notar, o órgão

²⁰⁰ Entrevista concedida à Agência Brasil, em 23/07/2012. A matéria na íntegra encontra-se disponível em: <http://memoria.abc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-07-23/conselho-de->

procurou reforçar a noção do parto como um evento médico-hospitalar, indo na contramão das diretrizes de programas lançados pelo governo federal.

Em pouco tempo as resoluções foram suspensas, após diversas entidades terem entrado com ações na justiça e centenas de mulheres terem ido às ruas se manifestar. De qualquer maneira, tais resoluções evidenciam o fato de que a presença da doula na cena do parto ainda está sendo negociada. E, é importante ressaltar, em certos aspectos isso ocorre até mesmo dentro do movimento, tendo em vista que sua presença pode ser interpretada como conflitante com algumas teses bem aceitas pelos adeptos da “humanização”, em especial com aquelas propaladas por Michel Odent. Como apontado no capítulo 2, na visão do médico francês o parto deve ser um momento íntimo, privado, presenciado pelo menor número possível de pessoas – limitação que inclui também os especialistas.

Aparentemente buscando conciliar essas ideias com a presença da doula no parto, Ivana, uma das coordenadoras do grupo de apoio à gestante cujas reuniões também assisti, afirmou que o papel dessa especialista deveria ser o de atuar como uma “contra-regra”. Sem ser notada, a doula cuidaria do entorno para que a mulher pudesse se “entregar” no momento do parto. Caberia a ela, por exemplo, apagar a luz, proteger a intimidade da parturiente, cuidar para que fosse mantido silêncio durante o trabalho de parto, etc.

Já para uma das mulheres etnografadas, a doula foi definida em uma palestra como “a mãe que não pode estar no parto da filha, porque vai estar ansiosa. É a mãe profissional, que vai te apoiar, estar atenta, cuidar de você, te amparar” (caderno de campo, novembro de 2013). Nessa leitura, o espaço ocupado pela doula seria aquele da mãe, afastada da cena de parto pelos supostos riscos associados ao seu envolvimento emocional. Noutras palavras, a doula seria uma espécie de “mãe de aluguel”, que teria como vantagem em relação à progenitora o controle emocional.

Esta visão está em sintonia com as ideias difundidas pela Associação Nacional de Doulas (Ando), segundo a qual essa profissional ocupa hoje o papel

outrora exercido por mulheres da família, que espontaneamente ofereciam suporte físico e emocional à parturiente²⁰¹. A esse respeito, o site Doulas do Brasil acrescenta que:

“Conforme o parto foi passando para a esfera médica e nossas famílias foram ficando cada vez menores, fomos perdendo o contato com as mulheres mais experientes. Dentro de hospitais e maternidades, a assistência passou para as mãos de uma equipe especializada: o médico obstetra, a enfermeira obstétrica, a auxiliar de enfermagem, o pediatra. Cada um com sua função bastante definida no cenário do parto. O médico está ocupado com os aspectos técnicos do parto. As enfermeiras obstetras passam de leito em leito, se ocupando hora de uma, hora de outra mulher. As auxiliares de enfermagem cuidam para que nada falte ao médico e à enfermeira obstetra. O pediatra cuida do bebê. Apesar de toda a especialização, ficou uma lacuna: quem cuida especificamente do bem estar físico e emocional daquela mãe que está dando à luz? Essa lacuna pode e deve ser preenchida pela doula”²⁰².

Como é possível notar, atribui-se à transferência dos partos para os hospitais e à disseminação do modelo de família nuclear a perda do contato com as chamadas “mulheres experientes”, isto é, com mães, tias, avós, que no passado eram consideradas “referências significativas de aconselhamento, exemplos a serem seguidos, fontes seguras de informação”, como destacou Almeida (1987: 43). Com efeito, esse conhecimento foi substituído por aquele fornecido pelo especialista, que apesar de romantizar e idealizar esse passado, de maneira geral procura incentivar o afastamento da família de origem, como visto anteriormente.

Outro aspecto interessante apontado por essa citação diz respeito à crítica à extrema especialização do conhecimento, que teria redundado em uma profusão de especialistas. Contudo, afirma o texto, nenhum deles se ocuparia do bem-estar físico e emocional do sujeito, tendo a figura da doula – isto é, mais uma especialista – surgido justamente para suprir essa lacuna.

4.4. O parto

Como no capítulo anterior, esta última seção pretende focalizar de maneira mais direta as experiências de parto das puerperas entrevistadas, procurando compreender como elas significam, vivenciam, elaboram e atualizam a proposta de parto “natural” e “humanizado”. Antes, no entanto, a intenção é analisar o

²⁰¹ Fonte: www.doulas.org.br

²⁰² Fonte: www.doulas.com.br, texto de autoria da obstetrix Ana Cristina Duarte.

lugar que atribuem à dor do parto ainda durante a gestação para, posteriormente, verificar como esta é significada após terem vivido a experiência de parturição.

4.4.1.

O lugar da dor: curiosidade e desafio

Se entre as mulheres de camadas populares os relatos que antecediam ao parto foram unânimes em enfatizar o medo que tinham da experiência, em especial da dor, entre as entrevistadas de camadas médias não houve o mesmo consenso. Enquanto algumas compartilhavam desse sentimento (Alice, Angélica e Elena), ainda que, segundo elas, de maneira atenuada pelo fato de terem se preparado para viver a experiência, outras procuraram esquivar-se da palavra medo, dando preferência a termos como ansiedade, expectativa e curiosidade:

“É claro que você imagina: ‘Pô, será que eu vou sentir muita dor? Como é que vai ser isso? Será que eu vou aguentar?’ Isso é inevitável, passa pela cabeça da pessoa. Mas não como um medo. Eu nunca senti medo. Talvez, às vezes, uma ansiedade maior do que em outros momentos”. (Simone)

“Eu não tenho medo do parto. Eu acho que eu estou em uma expectativa muito grande de como vai ser, mas medo mesmo eu não tenho não. Nem um pouco. (Tatiana)

“[Não é medo] é uma curiosidade, porque é uma situação nova que a gente vai enfrentar. (...) Eu quero, realmente, sentir o que é. Assim, por um lado, de repente, um pouquinho por questões de orgulho. Tipo, ‘será que eu vou dar conta?’, assim começou. E depois eu pensei: ‘Mas também não é só isso, eu quero, realmente, ter aquela sensação, ver como que é.’” (Ana)

“Nunca tive medo [do parto]. Eu acho que é porque eu li muito, eu tenho muita informação. Então, por mais que cada parto seja um parto, mas quando você tem uma noção do processo fica mais fácil de lidar com as coisas que estão acontecendo. (...) Eu sempre procurei resistir à dor em tudo, independente de ser parto ou qualquer outra coisa. Talvez pela minha educação, meu pai é militar, sempre teve aquela coisa em casa de engole o choro ou então para de frescura. Então eu tive uma criação assim e, com o parto, eu acho que eu lidei da mesma forma”. (Sofia)

A dúvida sobre “como é que vai ser?”, mencionada por Tatiana e Simone, parecia mais instigar e despertar curiosidade do que propriamente medo, segundo avaliaram as entrevistadas, fazendo com que o parto, em alguns momentos, fosse interpretado quase como um desafio, isto é, como um processo revelador de si: “Será que eu vou dar conta?”, indagou-se Ana. Já Sofia atribuiu sua confiança à educação que recebeu em casa, onde desde cedo aprendeu a conter as emoções e

ser resistente à dor, mas também à informação obtida durante a gravidez sobre o processo de parturição – o que, da mesma forma, serviu de atenuante para as entrevistadas que admitiram ter algum medo da experiência. Para Andréa, mãe de três filhos, segurança semelhante foi conquistada a partir não da preparação, mas das vivências de parto anteriores – o que, é interessante ressaltar, não se verificou entre as múltiparas do grupo de camadas populares investigado.

Deve-se destacar, contudo, que a forma positiva com que as mulheres encaravam o parto nem sempre encontrava correspondência em seus parceiros. Com efeito, algumas entrevistadas revelaram que, até o final da gestação, não estavam seguras de que seus maridos teriam “coragem” de assistir ao parto, ainda que, em praticamente todos os casos, apoiassem a proposta.

“Até o final, eu não sabia muito bem se ele [o marido] ia conseguir assistir ao parto, porque ele tem medo até de injeção. Daí eu falei: ‘como é que ele vai assistir um parto?’, não é?” (Tatiana)

De qualquer maneira, foi possível observar na pesquisa de campo e em relatos colhidos nas entrevistas a importância do grupo de preparação, através das aulas, sessões de vídeos e palestras, para que os homens também se preparassem para a experiência, o que foi confirmado pelo depoimento de Carlos, marido de Ana:

Carlos: “Antes da fase pré-Flora eu nem tinha certeza se eu queria estar presente na hora do parto. Primeiro, porque eu não tinha certeza se eu ia aguentar, suportar. (...) Eu falei: ‘Vamos acompanhando até lá. Vamos ver. De repente, eu assisto’. E aí, foi bom também esse negócio da Flora, porque desmistifica um pouco. (...) [Agora] Eu quero estar presente, não é? Se eu sentir, na hora, que eu de repente não vou dar conta, vou passar mal... eu acredito que não, mas aí eu falo.

Ana: Isso dá divórcio, hein? [riso]

Carlos: Não, mas não vai acontecer isso não”.

O depoimento de Carlos indica que, mesmo nas camadas médias, a presença do pai no parto, ainda que bastante freqüente, não deve ser naturalizada. Como é possível notar, trata-se de uma construção, na qual o curso de preparação desempenha papel fundamental, seja por lhe atribuir relevância, em sintonia com o projeto de família nuclear no qual se baseia o ideário, ou simplesmente por contribuir para “desmistificar” o parto, como afirma Carlos. O diálogo

reproduzido acima sugere que a presença do parceiro foi de tal modo introjetada por Ana, que ela, em tom de brincadeira – mas não sem esconder seu incômodo com a possível ausência do marido –, ameaçou romper o casamento se Carlos dissesse que não teria condições de assistir ao nascimento da filha. Nesse sentido, talvez seja possível dizer que, entre as mulheres de camadas médias, há uma maior expectativa no que se refere à participação masculina no parto e não necessariamente um maior interesse por parte dos homens, que parecem, assim como no contexto das camadas populares, ficar em princípio pouco à vontade diante do corpo-em-trabalho-de-parto, alegando não suportar ver dor e sangue.

É importante destacar que no parto “natural” e “humanizado” o incômodo gerado por esse corpo é ainda maior. As reflexões feitas por Rodrigues (2008) acerca do corpo medieval, por ele definido como um corpo expansivo, indisciplinado, transbordante, com “orifícios dotados de liberdade de expressão” (2008: 84) parecem ser fecundas para se pensar o corpo no parto “natural” e “humanizado”.

“(…) o contexto corporal, especialmente em segmentos populares, caracterizava-se, nos tempos medievais, por abraços frequentes, por contatos próximos, por gestos destemidos. Coexistência e troca de secreções, de cheiros, de tatos, de olhares faziam o corpo inteiramente aberto aos sentidos próprios e alheios” (Rodrigues, 2008: 84).

De certa maneira, é possível dizer que um corpo incontido, semelhante ao do medievo, é socialmente aceito no contexto do parto “natural” e “humanizado”. Assim, vômitos, fezes, suor, contato corporal, sangue, nudez, secreções e gemidos fazem parte da rotina desse tipo de parto. Não há dúvidas de que, nos dias atuais, assistir a uma cena como essas, para quem não foi devidamente treinado ao longo de anos de exercício da profissão, não é algo corriqueiro, reforçando a tese de que a preparação emocional, também do acompanhante, é fundamental, como afirma Carlos em uma segunda entrevista realizada após o parto:

“Nossa! A impressão que você tinha, sem saber de nada, era ‘Nossa! Ela vai morrer aqui’, de tanto que ela gritava. E sai muito sangue. É impressionante. Eu fiquei pensando: ‘tem pai que desmaia em cesariana, que é um negócio superlimpo...’ Se você não se prepara, pode assustar. Eu fiquei tranquilo. Surpreendentemente tranquilo, mas eu acho que foi muito por causa da preparação que eu fiz junto, não é?” (Carlos, marido Ana)

Analisando o comentário de Carlos, é possível notar que o sangue liberado pelo corpo de certa maneira torna o parto “natural” e “humanizado” algo “sujo”, em contraposição ao parto cirúrgico, por ele classificado como “superlimpo”. Com efeito, Rodrigues (2006) destaca que, em muitas sociedades, opera uma distinção entre o sangue “mau”, “que brota do corpo em desafio à vontade humana, que comove e amedronta” (2006: 82), e aquele que é voluntariamente derramado, isto é, controlado e provocado pela ação humana – o sangue “bom”. Por trás dessa distinção – que também parece comportar adjetivos como “limpo” e “sujo” – residiria, segundo o autor, a distinção entre cultura e natureza, sendo o primeiro culturalmente produzido, como no caso da cesárea, e o segundo fruto de forças naturais. E é justamente o contato com aspectos da ordem do biológico e do fisiológico, como o sangue “sujo” e outras “impurezas” que emanam do corpo-em-trabalho-de-parto, que requer uma preparação prévia da parturiente, mas especialmente de seu parceiro, que não estará vivendo o processo em seu próprio corpo, mas assistindo-o.

4.4.2.

Em vez de dor, “força”, “intensidade” e “pressão”

Da mesma forma que, no momento que antecedia ao parto, várias entrevistadas procuraram esquivar-se da palavra “medo”, depois de terem passado pela experiência algumas rejeitaram fazer uso da palavra “dor” para narrar as sensações vividas. Nesse sentido, a preferência foi por termos como “força”, “intensidade”, “pressão”, “coisas” e “processo”.

“Eu não senti dor. Quer dizer, eu não sentia dor, eu sentia coisas. Mas não era uma coisa alucinante que me fazia ver estrelas e que eu ‘Ai, eu vou morrer na próxima contração’. Eu costumo falar que minhas contrações eram amigas. Eu aguentei bem, assim, sem sofrer” (Simone).

“[O que eu senti] Era mais como se fosse uma pressão. Não era uma dor, assim, mais como se fosse uma pressão, um incômodo. É muito difícil de comparar com outra coisa porque é muito diferente”. (Ana)

“A dor do parto, ela não é uma dor local. ‘Ah, estou com dor de dente’. A dor de dente se instala ali e antes de você tomar qualquer remédio para dor, ela se instala ali. A dor do parto ela não se instala, ‘Ah, cheguei e me instalei’. Ela vem em ondas, é um processo, então fica difícil você separar a dor... é muito raso você tratar a dor do parto como uma dor. É todo um processo (...) [E] a dor [do parto], ela tem que ser sentida. O papel dela é aquele. Estou sentindo dor? Então, vamos sentir dor. Não lutar contra. Ela vem, mas ela vai. É você entrar na dança, é como

se fosse uma dança. Se aquela dor está ali, é porque ela tem que estar ali, você tem que sentir dor, ela faz parte. É uma função. Aquela dor não está ali à toa, então, ela é necessária”. (Vanessa)

“Você não pode falar em termos de dor a respeito do parto. Porque dor, você tem dor de cabeça, dor de dente, dor de dar uma topada no chão, dor da queimadura. A dor faz com que você fique recolhida em você mesma. É uma coisa que te enfraquece, que te debilita. O parto, você não fica recolhida em si mesma. Muito pelo contrário, não dá para você ficar deitada. E não é uma coisa que te debilita, é uma coisa que te dá força. É uma força que vem não sei nem de onde, que está ali adormecida no teu corpo, que te atravessa. É uma coisa muito forte. Sabe? É um contato com a vida. Vida com “V” maiúsculo. Sabe? É a vida do bebê. É a vida que permeia todas as vidas, que te atravessa e te subjuga. Te joga no chão mesmo. Você fica de quatro e, isso aí, eu acho que não é dor. Não é para ser chamado de dor, isso. Não é dor no sentido pejorativo que as pessoas dão, sabe? É uma força”. (Kátia)

Ainda que não tenha questionado o uso da palavra dor, o relato de Alice é semelhante ao das demais, no sentido de que procura destacar as especificidades das dores do parto em relação a outros tipos de dor. Além disso, assim como Kátia, ela ressalta o fato de esta sensação tê-la impulsionado à ação²⁰³:

“Aquela dor ali [do parto] é uma dor que você sabe que é para uma coisa boa. É diferente de uma dor que você está sentindo porque você está tendo um problema de saúde ou está tendo uma dor de dente. É uma dor diferente. Ela tem um intervalo. Ela vem em forma de onda, então ela te dá um descanso. (...) E quanto mais forte a contração, quanto menor o intervalo entre elas, você sabe que está mais perto de você conhecer o seu filho, de você ver o neném. (...) [Mas] Apesar de você estar gostando de sentir aquela dor, ela também foi feita para passar. Ninguém vai querer ficar a vida inteira, ali, sentindo dor. Então, quando você está sentindo a dor, você mesmo quer fazer os exercícios, você quer agilizar, você quer fazer força. Ela te bota para frente, entendeu? (...) [Ter sentido as dores do parto para mim] Foi uma coisa muito boa”. (Alice)

Andréa, por sua vez, reconheceu ter sentido muita dor, mas qualificou a experiência, na qual amor e dor se misturaram, como positiva:

“Eu senti dor para caramba, mas foi legal. Assim, eu gostei. (...) Eu acho que é a única experiência da vida que o amor e a dor se juntam, não é? Amor e dor se juntam ou que a dor é compensada pelo sentimento de amor quando sai e tal. Então, é uma vivência profunda do corpo e única, não é?” (Andréa)

Como é possível notar, as entrevistadas procuraram ressignificar a tão temida dor do parto, descrevendo-a fora do registro do sofrimento, predominante em nossa sociedade – o que também buscaram fazer, como assinalado no capítulo

²⁰³ Observação semelhante foi feita por Sofia, para quem não era possível “fazer corpo mole” durante o trabalho de parto. Esse comentário parece trazer implícita a idéia de um corpo ativo, ágil e bem-disposto, que se exercita e movimenta, favorecendo o trabalho de parto.

anterior, os profissionais da CP. Nesse sentido, a dor foi classificada pelas mulheres desse grupo como “amiga”, como tendo uma “função”, como sendo uma dor “diferente”, etc. Para algumas, o significado negativo comumente disseminado na sociedade só deveria ser aplicado às dores provocadas por doenças, lesões ou ferimentos que – diferentemente das sensações associadas ao parto – debilitam e sinalizam que há algo de errado com o corpo. Em contraposição, a “dor da Vida”, revestida de um caráter sagrado na interpretação de Kátia, teria um efeito mobilizador, dando força e instando a parturiente a agir. Caberia à mulher, segundo Vanessa, “entrar na dança”, isto é, aceitar e desejar a sensação percebida, entendendo-a como “necessária” e como parte de um processo mais amplo de transformações, que tem como um de seus desfechos o nascimento do bebê.

É interessante destacar que, de todas as entrevistadas desse grupo, três descreveram de maneira mais enfática e negativa as dores sentidas, foram elas: Manuela, Tatiana e Elena. As duas primeiras, no entanto, atribuíram a intensidade das dores a intercorrências durante o parto (edema e fibrose no colo de útero, respectivamente) e não ao processo de parturição em si. Noutras palavras, o que reputaram como negativo foi a dor provocada pela complicação e não as sensações desencadeadas pelo trabalho de parto propriamente.

De maneira geral, deve-se destacar que, entre as entrevistadas de camadas médias, havia de antemão o desejo de sentir as sensações provocadas pelo parto, tendo a experiência sido fruto de uma escolha deliberada. Tal decisão foi, pelo menos parcialmente, resultado de um processo de positivação das sensações, do qual fez parte as aulas de preparação, o contato com outras mulheres que tinham dado à luz dessa forma, os livros e filmes que tratam do tema, o material publicado em blogues e redes sociais, etc.

Vale ressaltar que a associação entre parto e ato sexual costuma ser frequente entre os ativistas, possivelmente fruto da disseminação das teorias elaboradas pelo obstetra francês Michel Odent. Segundo Odent, tanto no parto como no ato sexual o corpo libera o mesmo coquetel de hormônios, dentre eles a ocitocina, por ele chamada de “hormônio do amor”. Tal hormônio seria responsável por promover a contração uterina, o que ocorre durante o trabalho de

parto, mas também quando a mulher tem um orgasmo, o que atestaria a semelhança desses eventos, sendo ambos considerados por Odent como parte da vida sexual feminina.

Nessa mesma direção aponta o filme “Parto orgásmico” (Orgasmic Birth), lançado nos EUA em 2007 e que teve grande repercussão entre os adeptos da “humanização” do parto e do nascimento no Brasil. O filme retrata o parto como um evento emocional, espiritual e físico e, de forma resumida, é possível dizer que questiona a visão do parto como uma experiência dolorosa, apresentando-o como possível fonte de prazer. Nesse sentido, são exibidas imagens de mulheres tendo orgasmos durante o trabalho de parto, uma cena um tanto incomum em nossa sociedade.

Ainda que a correlação entre parto e sexo tenha sido pouco mencionada pelas entrevistadas, todas foram expostas a ela durante a gestação, o que provavelmente contribuiu para a positivação da experiência, que passou a ser encarada como possível fonte de prazer e satisfação. Nesse sentido, pode-se dizer que a resignificação das sensações antecedeu a experiência de parturição das entrevistadas, tendo esta sido vivida já sob sua influência.

Como observa Becker (2008) em relação ao consumo de drogas, além de ser preciso aprender a reconhecer e identificar as sensações – o que também se aplica ao trabalho de parto²⁰⁴ –, é necessário aprender a gostar das sensações que se percebe. De fato, destaca o autor, as sensações produzidas pelas drogas não são automática ou necessariamente agradáveis, sendo possível dizer que o gosto por tal experiência é socialmente adquirido. Nesse sentido, afirma Becker, “o prazer é introduzido pela definição favorável da experiência que uma pessoa adquire de outras” (2008: 65), sendo a interação dos “noviços” com pessoas mais experientes peça importante para o processo de aprendizagem através do qual a droga é

²⁰⁴ O relato de Alice sobre o trabalho de parto do primeiro filho é bastante ilustrativo dessa necessidade de aprendizagem das sensações: “[Na primeira gravidez] Eu nem sabia como era um trabalho de parto. No dia em que eu entrei em trabalho de parto do meu primeiro filho, eu liguei para a minha médica e falei assim: “Olha, eu estou sentindo uma dor na barriga que vai e volta. Será que eu comi alguma coisa que não fez bem?”. Ela: “Não, você está com 40 semanas e se você está sentindo isso é trabalho de parto.” Eu não sabia. Eu achava que era outro tipo de dor, outro tipo de sensação.

concebida como uma possível fonte de prazer. Noutras palavras, é necessário aprender a gostar das sensações.

No caso do trabalho de parto, mais do que gostar ou ter prazer com as sensações – o que foi referido por algumas entrevistadas – é preciso, de maneira mais geral, atribuir um significado positivo a elas: seja por sua função, sacralidade, capacidade mobilizadora, fonte de auto-conhecimento etc. Como afirma Le Breton, “la relación íntima con el dolor depende del significado de que este revista en el momento en que afecta al individuo” (1999: 09).

4.4.3.

Parto como processo: em busca do aperfeiçoamento subjetivo

Tendo as sensações corporais desencadeadas pelo trabalho de parto sido previamente ressignificadas e o parto, em vez de percebido como fonte de sofrimento, encarado como algo que desperta interesse e curiosidade, não é de surpreender a ênfase atribuída pelas entrevistadas à experiência do trabalho de parto e parto – que, em alguns casos, parece até mesmo superar aquela concedida ao nascimento do bebê.

O caso de Andréa é, nesse sentido, bastante ilustrativo. Mãe de três filhos nascidos no Brasil, ela, que é alemã e vive em união estável com um brasileiro, narrou os partos vividos como uma trajetória de aperfeiçoamento da experiência – o que constatou ser algo freqüente entre as entrevistadas multíparas.

Na primeira gravidez, Andréa fez aulas de preparação para o parto no curso de Flora, mas só tomou a decisão de buscar um médico “humanizado” poucos dias antes de entrar em trabalho de parto. Quando a bolsa estourou, ela teve dificuldades em contatá-lo e acabou telefonando para a médica com a qual havia feito todo o acompanhamento pré-natal, que lhe orientou a ir logo para a maternidade e rejeitou a presença de uma doula. Como resultado, Andréa deu à luz o primeiro filho em um parto “normal” medicalizado, experiência da qual guardou como memória a sensação de ter sido “infantilizada” pela equipe médica, o que atribuiu ao fato de não ter tido controle sobre o corpo e por ter sido inteiramente conduzida pelos profissionais.

“Na medida em que foram acontecendo as intervenções, eu perdi totalmente o domínio. Essa coisa foi um buraco, não é? Um buraco total.

No parto do segundo filho, já tendo desde o princípio sido acompanhada por uma obstetra “humanizada”, Andréa demorou a identificar as sensações do trabalho de parto e a comunicar a médica. Em razão disso, tardou a ir para o hospital e o bebê quase nasceu no táxi, o que, segundo ela, gerou muito estresse e nervosismo. A doula que havia sido contratada sequer chegou a tempo. Na entrevista, Andréa lamentou ter “curtido” pouco o trabalho de parto.

Na última gravidez, Andréa planejou chegar cedo na maternidade, de modo a, enfim, poder “curtir” o trabalho de parto. Na época, a entrada de doulas havia sido restringida pela resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), anteriormente referida. Em uma mistura de ativismo e desejo de viver nesse parto tudo o que não conseguira nas experiências anteriores, Andréa contratou duas doulas (uma delas era Flora), além da equipe da obstetra – que já contava com uma médica assistente e uma enfermeira obstetra. Mas, ao longo do trabalho de parto, ela acabou preferindo ficar apenas na companhia de Flora, o que foi respeitado pelos demais membros da equipe, que saíram da sala de parto. O marido de Andréa, que quase não apareceu em sua narrativa, esteve presente, mas de maneira discreta, “ao fundo”, segundo descreveu.

“Eu estava só com a Flora, que me propôs alguns exercícios meio que simulando um trabalho de parto de longo. Eu queria curtir como se fosse um trabalho demorado. Assim, eu queria ter uma sensação dessa, de curtir o trabalho de parto. Aí, foi legal...”

Como é possível notar, o foco de Andréa era o processo de parturição, a experiência, que deveria idealmente transcorrer de forma “longa” e “demorada” – o que era pouco provável em se tratando do terceiro filho e, por isso, deveria ser simulada – e não apenas o nascimento do bebê. Esta visão fica ainda mais explícita em outro trecho de sua entrevista:

“O trabalho de parto que é tudo. É uma preparação. O clímax é o nascimento, mas eu queria, eu sabia que o trabalho de parto já é o início da expulsão. Tipo, como se fosse o início da expulsão. (...) Na hora, eu falei: “Eu consegui!” Mas, logo eu falei: “Conseguimos! Conseguimos! Obrigada, Senhor, por ter essa sensação! Conseguimos, eu e ele! Conseguimos!”.

Instigada a descrever suas sensações corporais durante o parto e questionada sobre o motivo pelo qual lhe parecia tão importante “sentir” o processo, Andréa respondeu:

“A sensação foi plena. Eu senti tudo. Eu senti sair a cabeça. Senti sair o corpo. Senti dilatar. Senti quando entrou em trabalho de parto, começando. Começou eu já sentindo que agora era, sabe? Foi tudo certinho. Assim, eu pude ter uma experiência de curtir, de sentir a contração, de sentir ele descendo, sentir abrindo, sentir saindo. Não dá para falar mais, porque foi pleno. Eu senti uma gratidão depois, não é? De poder ter sentido isso tudo. (...) [Eu desejava sentir tudo] Para ser uma vivência completa. (...) Eu acho que é uma questão de consciência. É uma experiência muito boa de autoconhecimento. E quem não quer ter autoconhecimento? Eu acho que o mais natural deveria ser isso, aliás. Só que hoje em dia tem que lutar para poder ter essas experiências”.

A gratidão manifestada por Andréa por ter experimentado a “sensação” de parir de forma “plena”, valorizada como uma importante experiência de autoconhecimento, merece atenção e a reflexão de Duarte (1999) acerca do império dos sentidos na cultura ocidental moderna parece ser profícua para analisá-la. Ao traçar uma genealogia do que chama de “dispositivo da sensibilidade”, Duarte aponta para três aspectos que estariam presentes nele, desde seu surgimento – localizado entre os séculos XVII e XVIII, isto é, no mesmo momento histórico em que Foucault identifica o aparecimento do “dispositivo da sexualidade” –, até a contemporaneidade, quais sejam: a perfectibilidade, a experiência e o fisicalismo.

A idéia de perfectibilidade, expressa em Rousseau, por exemplo, sugere que o que distingue os seres humanos dos demais é sua capacidade para se aperfeiçoar de maneira constante e indefinida, o que abre caminho para noções como a de progresso, desenvolvimento, transformação e vanguarda, palavras de ordem em nossa cultura. Duarte (1999) destaca ainda que, na visão ocidental, a perfectibilidade deve ser desencadeada a partir da experiência, fruto da relação do sujeito, que é dotado de razão, com o mundo exterior.

“A razão humana só viceja através do contato dos sujeitos com o mundo propiciado pelos ‘sentidos’; ela depende da maneira pela qual eles percebem o mundo que os cerca, e é através desses sentidos que vão poder construir as suas novas formas de relação com o mundo e se tornar eventualmente cada vez mais aperfeiçoados, mais capazes, mais senhores de seu futuro” (Duarte, 1999: 25).

A preeminência da experiência, que aparece de maneira mais explícita na corrente filosófica do empirismo, influencia também o romantismo, o que faz com que os sentidos sejam percebidos como estando na raiz da razão, mas também na das emoções.

O autor completa o quadro de aproximação entre as formas modernas de sexualidade e sensibilidade abordando o tema do fisicalismo. A separação radical entre o corpo e o espírito, tal qual expressa em Descartes, faz com que a corporalidade humana seja percebida “como dotada de uma lógica própria, que deve ser descoberta e que tem implicações imediatas sobre a condição humana” (1999: 25). Segundo o autor, na prática, o fisicalismo “é a consideração da corporalidade em si, como dimensão auto-explicativa do humano” (1999: 25), daí derivando a concepção de fisiologia humana, frequentemente referida pelos adeptos da “humanização”. Dessa concepção deriva a noção “fisiológica” da idéia de sensibilidade, que convive também com a noção “sentimental” da categoria e que envolve uma linguagem moral, estética e psicológica das emoções sensíveis.

No artigo, o autor argumenta que há uma articulação interna entre esses três temas (perfectibilidade, experiência e fisicalismo), a partir da qual constrói sua análise acerca da sensibilidade ocidental nos dias atuais. Duarte (1999) observa como as inúmeras estratégias de maximização da vida e otimização do corpo – dentre as quais situa justamente a ginecologia e a anestesia –, foram resultado da sistemática exploração do corpo “como sede da busca indefinida, eternamente perfectível, da exacerbação da sensibilidade, do refinamento ou intensificação do prazer” (1999: 27). De fato, afirma Duarte (1999), a busca constante por um aprofundamento das intensidades é uma marca do hedonismo moderno²⁰⁵. Tal busca faz com que experiências sensoriais novas sejam

²⁰⁵ As reflexões de Le Breton (2007) também parecem apontar nessa direção, ao sugerir que, em tempos de dispersão de referências e de “multidões solitárias”, o corpo tem despertado um grande interesse, tendo se transformado em uma espécie de “íntimo companheiro de estrada do ator”, isto é, em um “corpo parceiro”, capaz de prover as sensações mais originais. “O indivíduo é convidado a descobrir o corpo como forma disponível à ação ou à descoberta, um espaço cuja sedução é necessário manter e cujos limites vislumbrados é preciso explorar. O corpo é o lugar tenente do indivíduo, o parceiro. É precisamente a perda da ‘carne do mundo’ que força o ator a se inclinar sobre o corpo para dar carne à existência. (...) Ao alcance das mãos, de certa forma, o indivíduo descobre através do corpo uma forma possível de transcendência pessoal e de contato. O corpo não é mais uma máquina inerte, mas um *alter ego* de onde emanam sensação e sedução. Ele se transforma no lugar geométrico da reconquista de si, um território a ser explorado na procura de

valorizadas na medida em que, de alguma maneira, são percebidas como acrescentando algo ao sujeito, isto é, representam uma via de aperfeiçoamento subjetivo.

As reflexões de Duarte (1999) parecem ser extremamente profícuas para se analisar não apenas a experiência de Andréa com o parto “natural” e “humanizado”, mas também a de outras mulheres que integram o grupo investigado. Com efeito, a possibilidade de vivenciar um parto sem qualquer tipo de “intervenção” é, por muitas entrevistadas, valorizada também enquanto experiência física, isto é, por suas sensações, as quais a mulher pode ter acesso apenas poucas vezes na vida, considerando que a taxa de natalidade tem reduzido gradativamente no país, em especial nesse segmento. Assim, a intensidade da experiência parece estar atrelada à ausência de medicamentos, em grande medida da anestesia, pois esta representa justamente a perda, ainda que parcial, da sensibilidade²⁰⁶.

No relato abaixo, fica evidente a atenção dispensada por Sofia às suas sensações corporais, e o interesse em vivenciar, ou melhor, em “sentir” o “processo” de parturição:

Sofia: “Eu passei praticamente o trabalho de parto todo de olho fechado para me concentrar no meu corpo e tal. Saber o que estava acontecendo e em que estágio que estava. (...)”

Entrevistadora: Você queria saber em que estágio do trabalho de parto estava a partir das suas sensações? É isso?

Sofia: É. Era assim, para saber, “agora eu estou no expulsivo.” “Entrei no trabalho de parto ativo.” Era para eu ter noção do processo. Então eu sabia que no começo as contrações eram mais espaçadas, que eram menos intensas. A medida que isso vai progredindo, então é porque está chegando no final, não é?

Entrevistadora: Isso não era uma coisa que você perguntava para sua médica? Você estava percebendo a partir do seu corpo?

Sofia: Eu estava sentindo”.

sensações inéditas a serem capturadas. (...) Nessa vertente da modernidade, o corpo é associado a um valor incontestável” (Le Breton, 2007: 86-87).

²⁰⁶ As palavras de Alice a esse respeito são esclarecedoras: “Quando você toma medicação, você bagunça um pouco, entendeu? (...) Eu estou falando, assim, bagunça a sua sensação. Eu não gostei de ter tido essa sensação interrompida [no parto do primeiro filho]”.

Sofia, assim como outras entrevistadas, também relata a satisfação e o prazer gerados pela experiência:

“Eu sentia de vez em quando ele girando dentro da barriga para encaixar na bacia direito. Isso foi a melhor sensação que eu tive. Foi muito legal, porque isso não dói e era uma sensação gostosa. Eu não vou dizer que foi um parto orgásmico, porque não foi. Mas nesses momentos, que ele fazia o giro, sentir isso era muito bom”. (Sofia)

Vanessa, que também esteve atenta a suas sensações durante todo o trabalho de parto, narrou em detalhes as sensações percebidas durante o período expulsivo, que considerou o mais prazeroso.

“A parte dela nascendo pra mim foi fantástica. Eu entrei na banheira, coloquei a mão na vagina e senti ela coroadando, em cada contração ela coroava e depois voltava. Tanto é que eu não tirei mais a mão, eu queria sentir a cada contração ela vindo. Uma coisa total sabe, de você sentir dor no controle, eu com a mão ali, eu sabia quando ela vinha, ninguém me falava. Na penúltima contração, no intervalo dela, eu já sabia, ‘ela vai nascer’. E na próxima contração eu senti a cabecinha dela vindo mesmo, senti que a cabeça tinha passado. Eu até grito no vídeo, ‘foi, foi, agora foi’. Era eu falando comigo mesmo, porque eu sabia que dali não ia mais voltar, que ela ia nascer. Aí eu grito, não é dor, porque na parte do expulsivo não é mais dor que você sente, é o prazer mesmo. Você grita como num êxtase mesmo, uma coisa de exteriorizar o ‘está vindo’, não era mais dor”.

Angélica, que também direcionou a atenção para suas sensações, comparou o parto da primeira filha, no qual tomou anestesia, ao do segundo, que transcorreu sem intervenções. Para ela, a droga interferiu no prazer da experiência, ao inibir suas sensações físicas e emocionais:

“[No meu segundo parto] Eu estava querendo estar mais concentrada em mim, mais fechada nessa experiência, com meu corpo, com o bebê. (...) foi um aprofundamento da sensação, da experiência. [Sem a anestesia] você está mais aberta ali, para as sensações, para tudo. (...) Eu pude sentir melhor, sentir o bebê saindo. Do primeiro parto eu consegui ter ela de cócoras, me movimentar, mas parece que inibe um pouco essa sensação do prazer, do afeto. A anestesia, no caso. [O meu segundo parto] foi maravilhoso, foi incrível”. (Angélica)

Os relatos transcritos refletem a extrema atenção que as mulheres desse grupo dedicam a seus corpos e as sensações deles emanadas, em sintonia com as observações feitas por Boltanski (1979) de que o interesse e a atenção, bem como a aptidão a verbalizar as sensações corporais são culturais e variam entre as classes sociais. De acordo com o autor, a importância dada às sensações físicas, sejam elas de prazer ou desprazer, aumenta de acordo com a elevação na hierarquia social, quando proporcionalmente tendem a se reduzir os benefícios

que o sujeito pode tirar de seu próprio corpo, fazendo-lhe um uso instrumental. Dessa forma, “sensações semelhantes são objeto de uma ‘seleção’ ou de ‘atribuição’ diferentes e são experimentadas com uma maior ou menor intensidade conforme a classe social dos que as sentem” (Boltanski, 1979: 124).

No caso das mulheres de camadas médias, é possível dizer que, durante boa parte da gestação e do trabalho de parto, predomina o que Csordas (2008) definiu como um “modo somático de atenção”, expressão que se refere a “maneiras culturalmente elaboradas de estar atento a e com o corpo em ambientes que incluem a presença corporificada de outros” (Csordas, 2008: 372). Entre as parturientes, essa atenção “ao” e “com” seu corpo incluía a atenção a si, aos corpos dos que as rodeavam, isto é, da equipe e de seu parceiro²⁰⁷ e, ainda, ao corpo que carregavam dentro do seu, ou seja, o do feto. Com a intensificação das contrações e o avançar do trabalho de parto, contudo, a atenção da parturiente pareceu ter cada vez mais se deslocado apenas para si, o que será explorado a seguir.

4.4.4. “Partolândia”: o corpo no comando

O termo “partolândia” – desconhecido das mulheres de camadas populares, onde a tônica das oficinas incide basicamente sobre a questão do auto-controle – é utilizado nas aulas de preparação para o parto na Zona Sul, bem como em blogues e comunidades na Internet, para referir-se a um “estado alterado de consciência”, que poderia ser atingido em um momento específico do trabalho de parto, isto é, na chamada “fase de transição”, quando as contrações ocorrem em intervalos mais curtos e por períodos mais longos. Sua descrição é semelhante a de um transe e, ao “ir à “partolândia”, a mulher não perceberia o tempo passar nem o que acontece ao seu redor. Segundo a interpretação corrente entre os adeptos do ideário, claramente influenciada pelas teses do obstetra francês Michel Odent, tal experiência seria fruto de uma prevalência temporária dos instintos sobre a razão, o que permitiria ao corpo atuar de forma autônoma. “Quando a

²⁰⁷ Andrea relatou, por exemplo, que, mesmo de costas, sentiu que a médica estava com o relógio em punho medindo o intervalo entre suas contrações. “Cada pessoa te olhando, você sente de costas. Eu senti. (...) Eu percebi muito forte. Por isso é bom não falar nada e baixar a luz”, o que geralmente é feito nos partos “humanizados” com o intuito de criar uma ambiência que favoreça a introspecção que, como se verá adiante, é considerada necessária para a entrada na “partolândia”.

mulher está no planeta do parto ela vira bicho. Virar bicho é deixar o corpo agir”, afirmou Flora em uma das aulas do curso.

Os relatos das entrevistadas que disseram acreditar ter ido à “partolândia” durante suas experiências de parto (Alice, Angélica, Ana, Andrea, Kátia, Sofia, Simone e Vanessa)²⁰⁸, parecem ir ao encontro das idéias difundidas por Odent, no sentido de que sugerem ter vivido uma espécie de transe, durante o qual a maioria (Alice, Ana, Andrea, Sofia, Simone e Vanessa) considera ter se comportado de forma instintiva.

“Na partolândia a gente não raciocina muito. Você fica meio aérea. Não bate lé com cré, entendeu? Eu acho que é isso. Eu não sei se outras pessoas vão para algum lugar, assim, transcendental ou alguma coisa do gênero. O meu foi mais assim... Você não consegue raciocinar, você vai no instinto. Eu acho que isso é, pelo menos, foi a minha partolândia”. (Sofia)

“Nesse momento, quando a dor ficou mais intensa, eu fiquei meio como se fosse em uma bolha, sabe? Você fica com o seu corpo... E só reage. Ele manda e você reage àquilo que o corpo manda fazer. (...) Você não pensa mais. Você só... o corpo vai como se fosse em piloto automático”. (Ana)

“É como se você ficasse numa sensação meio que de ausência. Você fica ali deixando o seu corpo trabalhar, entendeu? É o seu corpo que faz”. (Alice)

“É um momento de total entrega e confiança no próprio corpo, um estado primitivo, mamífero”. (Andrea)

“[Você fica] tipo em um transe, o racional não existe. Você é total instinto. Você visita um lugar em você que realmente não tem acesso. Você entra em um compartimento de acesso único quando você está parindo. Você não pode deixar muito o racional entrar”. (Vanessa)

Mesmo Kátia, que não chegou a fazer referência a instintos e atribuiu outro significado à experiência, por ela percebida como um encontro com a “Vida”, com o sagrado²⁰⁹, afirmou ter a percepção, durante o trabalho de parto, de não ter qualquer controle sobre o processo, deixando-se guiar por seu corpo.

²⁰⁸ Duas das entrevistadas desconheciam o termo (Elena e Tatiana) e uma disse só ter se dado conta de que esteve na “partolândia” depois do parto, devido aos lapsos de memória.

²⁰⁹ A percepção da “partolândia”, ou mesmo do parto de maneira geral, como um momento sagrado parece ocorrer com alguma frequência entre as adeptas da “humanização”, como sugere a pesquisa de Carneiro (2011). Há inclusive um filme sobre o tema que leva o título de “Sagrado”. Entre as mulheres do grupo de camada média investigado, contudo, esta foi pouca vezes referida, o que aconteceu de maneira mais explícita apenas no depoimento de Kátia, para quem o termo “partolândia” deveria ser inclusive repensado, pois de alguma maneira remetia à Disneylândia, o que, na sua avaliação, não respeitaria o caráter sagrado da experiência.

“Você não tem controle sobre a situação. (...) o trabalho de parto começa e você se entrega àquilo. Você não sabe o que vai acontecer. As contrações vão aumentando de intensidade, te jogando, literalmente, no chão. Quanto mais você se entrega àquilo, melhor. Para aquilo deixar acontecer através de você, sabe? Deixar a vida acontecer através de você. Teu corpo sabe. Isso é... Você não está no controle da situação”. (Kátia)

Como é possível notar, os depoimentos indicam que a “partolândia” é percebida pelas mulheres como um momento de transe, em que “o corpo age sozinho”, o que, segundo pontua Ana, ocorre em meio à incapacidade de raciocínio provocada pela intensidade da dor. Seriam provas do estado de transe os lapsos de memória no registro da experiência, o que a mulher só se dá conta depois do parto, em geral com a ajuda do parceiro. Elas costumam mencionar principalmente a incapacidade de enxergar e ouvir os que estavam ao redor, o que aponta para uma extrema atenção direcionada ao próprio corpo, sendo esta uma habilidade aprendida e desenvolvida, a despeito da freqüente menção aos instintos.

“Achei que não tivesse ido para partolândia. E depois eu vi que fui. Porque é muito doido, eu me achei super consciente no meu parto. Eu conversava com as pessoas, dava opinião e tal, mas depois no vídeo que foi feito pela doula eu percebi que muitas coisas aconteceram, muitas coisas foram ditas pelas pessoas que eu absolutamente não vi acontecer. Não me lembro de muitas coisas, não me lembro de gestos, não me lembro... Enfim, não me lembro de uma série de coisas, que apesar de eu estar ali era como se eu não estivesse. Então, no momento do parto, eu achei que eu estava 100% presente. Depois eu percebi que não. Eu não estava presente. Eu estava na partolândia, mas eu achei que eu não estivesse, sabe? Eu achei que eu fosse ficar mais doidona, mas na verdade eu fiquei – o que é mais louco! –, mas achei que eu não estivesse. Mas é legal isso. É engraçado. Eu achei muita graça depois. Eu comentava com meu marido: ‘Nossa! Mas você falou isso com o médico? Como que eu não vi? Nossa! Mas nessa hora aqui dessa foto, a pessoa entrou no quarto? Mas como eu não vi?’. Ele: ‘Você não viu, porque você estava na partolândia’, ele fica falando para mim”. (Simone)²¹⁰

“Eu não lembro muito bem quem estava na sala [de parto], o que estavam fazendo...”. (Ana)

“[No parto da minha segunda filha] eu fui para a partolândia com certeza. Eu fui para a partolândia... (...) Tanto é que eu fui para a partolândia que eu não me lembro de muita coisa do meu parto, entendeu? Apesar de ter sentido. O meu marido até falou assim: ‘Nossa! Na hora do parto você estava com os dois pés no ombro da sua médica, quase você enforcou ela, deu uma chave de perna nela’. Eu falei: ‘Gente, eu não lembro. Coitada. Depois eu vou até pedir desculpas, porque eu não lembro disso’. Não lembro mesmo... muita coisa eu não lembro. Você tem

²¹⁰ O relato de Simone mais uma vez aponta para a necessidade de se aprender a reconhecer e a identificar as sensações (cf. Becker, 2008), como referido anteriormente.

a sensação, mas lembranças das coisas externas que estavam na sala, quem estava ali, quem não estava, isso muita coisa se apagou”. (Alice)

“Eu estava muito assim... eu sozinha mesmo. Tinham 10 pessoas no banheiro. (...) Mas para mim não tinha ninguém ali, eu não via muita coisa, assim”. (Vanessa)

A despeito das orientações para que a parturiente fique em um ambiente intimista, considerado o ideal para que a mulher “reencontre seus instintos”²¹¹, Vanessa permaneceu rodeada de membros da família, mas ainda assim disse não ter notado a presença das pessoas que a rodeavam no exíguo espaço de um banheiro. O que mais interessa reter dos relatos acima, no entanto, foi a menção feita por Alice de que havia quase agredido sua médica, a quem pretendia pedir desculpas pelo inusitado contato corporal durante o trabalho de parto e do qual não tinha qualquer registro ou recordação. De fato, atitudes e comportamentos pouco “civilizados”, gritos, gemidos e até mesmo xingamentos não parecem ser incomuns durante um parto “natural” e “humanizado”²¹²:

“Eu gritei muito. (...) Nem mesmo se eu quisesse, naquele momento, eu não podia falar: “Ah, não quero gritar mais. Vou ficar de boca fechada.” Não dá, porque é algo, tipo, meio automático”. (Ana)

“Eu perdi o controle de mim. Tudo aquilo que eu aprendi de cultura, de informação, de educação, tudo aquilo foi para o brejo. Aquilo ali ficou tudo de lado. Sei lá onde foi parar. Você é aquele ser tomado por aquela força intensa, não é? Aquilo toma conta de você. Então eu não tive problema nenhum em gritar, de ter vergonha”. (Kátia)

“Teve uma hora em que a dor foi muito grande e eu empurrei ela [a médica] com o pé. (...) Empurrei ela e empurrei a enfermeira, um pé em cada uma de tanta dor”. (Elena)

“Na hora do parto, eu não deixei que ninguém colocasse a mão em mim. Fiquei meio leoa, meio bicho assim, instinto. O Jorge [marido] até reclamou depois, porque ele foi tentar entrar no quarto e levou uma bronca. O Júlio também levou uma bronca. O Júlio, meu filho, ele ficou filmando. (...) Eu no trabalho de parto no chão, apoiada e o Júlio filmando... só que na hora da contração não podia falar comigo, e ele foi falar não sei o quê, na hora da contração, e eu dei um esporro nele (...) Até a mamãe que é faladeira ficou quietinha, porque eu estava assim: bobou, levou uma resposta malcriada”. (Vanessa)

²¹¹ Segundo as teses de Michel Odent, expostas no capítulo 2.

²¹² Do meu próprio parto – cujo relato encontra-se no Posfácio dessa tese – guardo a recordação de ter me comportado de maneira rude, grosseira e um tanto autoritária com as pessoas que estavam ao redor.

Os relatos apontam para atitudes e comportamentos pouco afeitos às regras de etiqueta que costumam regular as relações sociais, o que Vanessa atribui ao fato de estar agindo impulsionada por seus instintos ou, como Ana, por um “automatismo”, em relação ao qual tinha pouco ou nada a fazer. Ainda que os ideólogos do parto “natural” e “humanizado” procurem descrever essa experiência de descontrole, que julgam positiva, como sendo uma particularidade do processo de parturição, deve-se ressaltar que a descrição feita por Le Breton (1999) sobre o comportamento de indivíduos acometidos por dores intensas parece ser bastante semelhante à narrada pelas entrevistadas, o que leva a crer que possivelmente seria a dor a chave para compreender a experiência de descontrole por elas vivida²¹³.

Em “Antropología del Dolor”, Le Breton (1999) chama a atenção para como a dor intensa promove a perda do controle que normalmente organiza as relações com os outros, pois, acometido por ela, o sujeito se permite comportar (fazer caretas, chorar, empurrar, etc.) ou falar (xingar, reclamar, dar ordens, etc.) de uma forma que rompe com as regras habituais. “A dor deixa os nervos à flor da pele, um mínimo incômodo, um ruído, uma contrariedade, alcançam proporções que deixam atônitas as pessoas que nos rodeiam; perturba a percepção do tempo”. (Le Breton, 1999: 33). Comparando a dor a uma forma de possessão, o autor menciona o poder que esta tem de ditar ao indivíduo sua conduta e ameaçar-lhe a reputação, o que faz com que o sujeito converta-se em um desconhecido, até mesmo para os mais próximos: “faz o que jamais haveria desejado fazer ou profere palavras que teria desejado calar e das quais se arrepende em seguida (1999: 26). Ao fim e ao cabo, afirma Le Breton, “toda dor, inclusive a mais modesta, induz à metamorfose, projeta uma dimensão inédita da existência, abre no homem uma metafísica que altera sua ordinária relação com o próximo e com o mundo” (Le Breton, 1999: 26).

Mais uma vez a noção de rito de passagem (Turner, 1974, Van Gennep, 1978), exposta no capítulo anterior, parece pertinente para se analisar a

²¹³ O relato de Alice, que tomou anestesia no parto do primeiro filho, parece confirmar essa hipótese: “Eu acho que a dor, ela te tira dali. É como se você ficasse numa sensação meio que de ausência. Você fica ali deixando o seu corpo trabalhar, entendeu? É o seu corpo que faz. Quando você está anestesiado você está lúcido, apesar das pessoas falarem: ‘Ah, anestesia deixa a pessoa grogue’. Não, essa do parto não deixa. Talvez a de cesariana. Aí eu não sei”.

experiência de parto “natural” e “humanizado”, tal como vivida pelas entrevistadas do grupo. Como mencionado antes, o sentido atribuído ao estado de liminaridade – que acompanha todo rito de passagem – deve ser analisado contextualmente, uma vez que este pode assumir diferentes conotações a depender do grupo investigado.

Assim, enquanto para as mulheres de camadas populares o trabalho de parto teve como marca a individualização, é possível dizer que para as parturientes de camadas médias o período de transição, enfatizado especialmente pelo momento de entrada na chamada “partolândia”, teve como marca a perda de autonomia, resultando em homogeneização e indiferenciação. Nua, despida de suas roupas e pudores, essas parturientes percebem-se incapazes de controlar seus atos e de tomar qualquer decisão em meio à dor, intensa e temporária, provocada pelas contrações. Dessa forma, as mulheres de camadas médias, que optaram por esse tipo de parto justamente porque assim acreditavam poder assumir o controle sobre seus corpos, não vêem outra alternativa a não ser, segundo elas, apenas reagirem às suas sensações.

De acordo com Turner (1974), “ o comportamento [das entidades liminares] é normalmente passivo e humilde. (...) É como se fossem reduzidas ou oprimidas até a uma condição uniforme, para serem modeladas de novo e dotadas de outros poderes” (1974: 118). Assim, nos casos em que o período liminar tem como marca o igualitarismo, “as distinções seculares de classe e posição desaparecem, ou são homogeneizadas” (1974: 118) e este momento é vivido como uma comunhão de indivíduos iguais que se submetem a uma autoridade geral. No caso do parto “natural” e “humanizado”, essa autoridade não se encontra propriamente na figura dos “anciãos rituais”, mencionados por Turner (1974), mas, na percepção das mulheres, advém de seus próprios corpos. Da forma como é significada a experiência, trata-se, portanto, de uma sujeição ao corpo, que as iguala – inclusive aos demais mamíferos –, colocando em suspenso suas escolhas, desejos, individualidade e autonomia.

Assim, é possível dizer que as parturientes desse grupo sucumbem não ao poder médico, de que tanto procuraram esquivar-se, mas ao avassalador poder da dor, que teria o potencial, na percepção das entrevistadas, de fazê-las serem

conduzidas por seus corpos durante a experiência. Enquanto no contexto contemporâneo, “o selo do domínio é o paradigma da relação com o próprio corpo” (Le Breton, 2011: 32), na cena do parto “natural” e “humanizado” advoga-se, por outro lado, pela sujeição do indivíduo ao corpo, reforçando a visão dualista da modernidade, que coloca em lados opostos o indivíduo e seu corpo.

Da mesma forma, enquanto no extremo contemporâneo vigora, segundo Le Breton (2011: 13), uma espécie de “ódio ao corpo”, fruto de uma tradição de suspeita que percorre o mundo ocidental desde os pré-socráticos, devendo o corpo ser constantemente modificado pela tecnociência, entre as mulheres etnografadas parece predominar justamente o oposto: um “amor ao corpo”, na medida em que este é percebido como “naturalmente” perfeito, saudável, inteligente, detentor de um conhecimento próprio, auto-suficiente, forte e capaz. Um corpo que é “amado” também por possibilitar novas experiências sensoriais, como aquelas relacionadas ao parto, que são percebidas, em última instância, como uma via para o aperfeiçoamento subjetivo.

De maneira geral, é possível dizer que a noção de corpo vigente entre as mulheres etnografadas parece romper com a representação historicamente predominante de que o corpo feminino é imperfeito e não apenas diferente, mas hierarquicamente inferior ao masculino (Laqueur, 2001), tendo suas funções exclusivas sido tratadas como distúrbios ou patologias (Martin, 2007). Tal percepção vai de encontro à idéia, atualmente em vigor, de que o parto deva ser alvo de controles cada vez mais intensos, de modo a proteger o feto e a própria mulher dos riscos tratados como inerentes à parturição, uma vez que essas mulheres acreditam que o corpo, “naturalmente” perfeito, esteja, por princípio e como regra, apto a dar à luz sem necessitar de tecnologias ou intervenções.

4.4.5. Parto como passagem: o Hulk como metáfora

Quando consegue livrar-se da dor, o sujeito
 “experimenta a veces este momento como un renacer,
 el retorno maravilloso a la vida ‘ordinaria’.
 El dolor se disipa en sus recuerdos”
 (Le Breton, 1999: 34).

Seguindo o padrão que caracteriza os ritos de passagem, na última etapa do processo o sujeito ritual é reincorporado ao grupo, assumindo novos papéis sociais. Além do novo status de mãe – o que se aplica às primíparas –, a experiência de parturição tal como vivida pelas mulheres do grupo parece incorporar ainda outras mudanças, sendo possível dizer que o parto instaura a maternidade, mas seu potencial transformador não se limita a ela, como sugerem os depoimentos abaixo:

“A Ivana [ativista em favor da “humanização” do parto] deu uma entrevista, que eu vou usar até a fala dela, pois achei bárbara: ‘Caramba, olha o que eu sou e eu não sabia que eu era’. Essa frase é bárbara, depois que você pari é assim mesmo. ‘Olha o que eu sou e não sabia que eu era’. É esse poder, você se sente a supermulher. De tudo que eu fiz na minha vida, de tudo que eu podia ter me realizado profissionalmente, o que mais me dá orgulho de falar é: eu pari”.
 (Vanessa)

“É um lugar além que você toca. É uma força além, que está dentro de você, que você toca, que você não sabe que tem. (...) Hoje em dia eu me sinto muito mais intuitiva. Estou agora querendo construir duas empresas. Estou criando isso. Estou com muito mais força para isso, sabe? Mesmo tendo bebê pequeno, mesmo dormindo menos. Quer dizer, é uma força que fica, que te acompanha para sempre e teu filho faz parte disso”. (Kátia)

“Eu fiquei me sentindo uma supermulher depois. ‘Caramba, eu consegui. Foi maravilhoso’. Porque quando você ouve falar do parto normal, do parto humanizado, parece uma coisa difícil, muito surreal. ‘Caramba, será que vou conseguir e tal?’”. (Angélica)

“[Eu me senti] Assim, orgulhosa, realizada. (...) Também mais poderosa. Para mim, era muito importante ter essa experiência do parto natural. Assim, fora do aspecto médico, que é melhor para ela e para mim, eu queria saber como era e queria saber se eu conseguiria ou não”. (Ana)

“Eu comecei a me sentir poderosa quando as pessoas perguntavam assim: ‘Ah, como é que a sua filha nasceu? Foi cesárea?’. Eu falei: ‘Não, foi parto natural’. Ai todo mundo: ‘Nossa! Caramba!’” (Alice)

Como é possível notar, o parto “natural” e “humanizado” foi classificado pelas entrevistadas como uma experiência transformadora e marcante, tendo

várias delas passado a se perceber (Vanessa, Kátia, Angélica, Ana) e a ser percebida pelos outros (Alice) como mulheres fortes, poderosas, em suma, como “supermulheres”, para fazer uso da expressão utilizada por algumas delas. Angélica e Ana explicitaram que tal sensação se construiu a partir do momento em que se viram capazes de dar à luz, fazendo face ao desafio que tinham assumido para si. Ter se proposto a sentir uma dor que desconheciam e que é socialmente temida foi vivida como uma importante prova de superação²¹⁴, da qual se orgulham de dizer: “Eu consegui!” – o que também foi pontuado por Kátia (“Dá uma sensação de ‘Yes, we can!’, é uma sensação gostosa”) e Andrea, em outros trechos de suas entrevistas.

Deve-se ressaltar que a força que exibiram na hora do parto e as transformou em “supermulheres” era, aparentemente, algo do qual já dispunham: “Olha o que eu sou e não sabia que eu era”, afirmou Vanessa. Ou, nas palavras de Kátia: “É uma força (...) que está dentro de você, que você toca, que você não sabe que tem”. Assim, é possível dizer que, na visão dessas entrevistadas, a transformação advinda do parto seria, na realidade, uma descoberta, um reencontro com a mulher forte e corajosa que em “essência” eram e não sabiam, mas que teve no parto um momento privilegiado para sua expressão. Uma metáfora utilizada por Vanessa durante outro trecho de sua entrevista parece bastante interessante e rica para a análise:

“Na hora do parto a dor é como uma transformação, como o Hulk... [risos] Eu era muito ligada na transformação do Hulk [risos]”.

A comparação com um super-herói que sofre uma metamorfose corporal não parece casual. Em sua identidade original o personagem atende pelo nome de Bruce Banner, um sujeito franzino, tímido e reservado, que se transforma fisicamente quando se encontra sob situação de estresse emocional. Nos quadrinhos que lhe deram vida, Hulk é descrito como um super-herói que possui uma força ilimitada e quase não possui vulnerabilidades, atributos que se tornam mais potentes à medida que ele fica irritado, situação que, sem dúvidas, encontra semelhanças com o descontrole emocional desencadeado pela dor do parto, tal

²¹⁴ É importante lembrar, nesse sentido, que, tendo a maioria dado à luz em maternidades privadas, o desafio de viver uma experiência de parto desmedicalizado pode ser considerado ainda maior, uma vez que essas mulheres poderiam ter solicitado a anestesia e outros recursos médicos a qualquer momento durante o trabalho de parto.

como descrito por Vanessa e por outras entrevistadas. Com os nervos à flor da pele em meio à dor provocada pelas contrações, essas mulheres vivenciam uma espécie de possessão, que as torna socialmente irreconhecíveis. Do estresse físico e emocional gerado por essa experiência resultaria a transformação maior, tal como aquela vivida pelo personagem verde dos quadrinhos, cuja principal característica é a força descomunal e avassaladora que exhibe. No entanto, diferentemente do Hulk, um personagem masculino, a vivência da dor e da superação parece ser vista como capaz de promover uma “consolidação da feminilidade”²¹⁵ (Rezende, 2010).

Desse processo poderia resultar, por exemplo, uma ampliação da intuição – característica que poderia revelar uma concepção essencialista da feminilidade –, mas também da capacidade de trabalho, como assinala Kátia, que dizia estar abrindo duas empresas. Já Manuela, para quem a experiência de parto proporcionou um “mergulho dentro de si”, que a tornou uma pessoa mais corajosa e menos passiva, decidiu nos meses subsequentes fazer uma mudança profissional radical. Com a intenção de deixar a Economia e atuar na área de parto e nascimento, Manuela fez um curso de formação de doulas e pretendia desligar-se do banco onde trabalhava²¹⁶.

Nesse sentido, é possível dizer que o parto “natural” e “humanizado” é visto como uma experiência de autoconhecimento subjetivo e corporal, apresentando-se como uma via para o aperfeiçoamento de si. Como observa Rezende (2012: 834), apesar de a razão/mente ser com frequência considerada o elemento definidor do sujeito nas sociedades ocidentais, a via emocional, muitas vezes vista como expressa pelo corpo, é a que parece ser percebida como capaz de

²¹⁵ Sobre essa questão, Kátia comenta em outro trecho de sua entrevista: “Até a minha empregada que acompanhou o meu parto, até ela falou assim: ‘Nossa, eu não imaginei que você...’ ela me conhece desde os 15 anos, ‘eu não imaginei que você fosse capaz de virar aquela onça que eu vi na hora, sabe? Quem te via assim, não imagina que existe essa mulher toda dentro de você’”. A partir desse relato é possível notar que, segundo essa visão, a “onça”, um animal selvagem, seria na realidade a expressão maior da feminilidade, aqui percebida como mais próxima da natureza (cf. Ortner, 1974).

²¹⁶ É importante destacar que são frequentes os casos de mulheres que, depois que tomam contato e vivenciam a proposta de parto “natural” e “humanizado”, decidem envolver-se profissionalmente com o tema, seja atuando como doulas, ou mesmo reingressando na universidade para fazer cursos como Medicina, Enfermagem ou Fisioterapia. Com efeito, esta era uma hipótese que estava sendo aventada por Manuela.

promover as transformações mais substantivas nos indivíduos, já que corresponderiam a sua essência fundamental.

Como todo rito de passagem, a experiência de parto “natural” e “humanizado” parece criar uma identidade comum entre as mulheres que a vivenciaram, que se vêem e passam a ser vistas como mulheres “fortes”, “corajosas” e “poderosas”. Para reproduzir um termo utilizado pelas entrevistadas: como “supermulheres”. Mas é importante destacar que, sendo o processo de construção identitário relacional e contrastivo (Oliveira, 1976, Cunha, 1986), ao mesmo tempo em que há uma identificação entre elas, por outro lado, parece haver uma diferenciação destas em relação às que tiveram partos cesáreos ou mesmo partos “normais” medicalizados – e vice-versa.

Assim, a visão bastante presente em listas de discussão na internet, de que o parto “natural” e “humanizado” é capaz de tornar “mais mulher” as que o vivenciam, representando, nesse sentido, uma “consolidação da feminilidade” (Rezende, 2010), pode redundar também em seu oposto, como sugere a publicação feita em uma popular lista de discussão, da qual algumas entrevistadas participam:

“Li uma vez que uma mulher que tem um filho de cesárea não é menos mãe, mas é sim menos mulher! Parece um absurdo, mas eu concordo. Quando você abre mão (conscientemente) de um rito de passagem tão importante quanto de trabalhar junto ao seu filho para seu nascimento e supera cada dor sabendo que a recompensa é magnífica, eu acho que essa mãe abre mão de ser denominada Mulher! (É claro que existem as cesáreas necessárias e nesses casos a mulher já passa por uma dor e superação grande o bastante para ganhar essa denominação!) [Tamara, Lista de discussão na Internet, 29/04/11]²¹⁷

Como indica o texto, a vivência da dor e da superação, segundo a avaliação de Tamara, parece ser fundamental para a consolidação do ser “Mulher”, revelando uma clivagem entre as que “pariram” e as que “foram paridas”, para fazer uso de uma expressão nativa.

²¹⁷ Vale destacar que este comentário despertou reações variadas na lista, algumas de apoio e outras de rejeição, como a que segue: “Se vc disser que uma mulher que escolheu não parir é “menos mulher” vai reduzir as mulheres à sua função reprodutiva ou à sua capacidade (ou desejo) de parir. Ser mulher é bem mais do que isso... Eu continuo achando que o “menos mãe, menos mulher” deve ser esquecido, pois em nada nos auxilia. Bjs, Roberto” [Roberto é obstetra e ativista do movimento pela humanização do nascimento].

Também na Internet, uma reconhecida obstetrix e ativista, que teve um parto cesáreo e, alguns anos depois, passou pela experiência de parto “natural” “humanizado”, publicou um pequeno artigo, aparentemente buscando contornar as críticas feitas por mulheres que tiveram partos cesáreos e sentiram-se ofendidas com a possibilidade de serem taxadas de “menos mães” ou “menos mulheres” devido à forma como deram à luz. No texto, a autora discorda que a via de parto possa interferir na forma como exercem a maternidade, no entanto, parece não ter dúvidas quanto ao potencial do parto “natural” e “humanizado” de promover uma consolidação da identidade feminina, como sugere o trecho reproduzido abaixo²¹⁸:

“Você, mulher, mãe, que teve uma cesariana (necessária ou não) quando teve seu(s) bebê(s), antes de mais nada queria lembrar que nós sabemos que você é uma mãe maravilhosa, competente, amorosa e tão boa quanto qualquer outra mãe boa. A via de parto não nos faz mais ou menos mães, mais ou menos mulheres, mais ou menos seres humanos. Eu tive uma cesariana há 15 anos, um parto normal há 12 anos, e me considero uma mãe boa o suficiente para ambos. E não amo um mais que outro.

Mas minha amiga, quando você ler uma mulher dizendo “O parto normal me fez mais mulher” ela não está dizendo que a tua cesárea te faz “menos mulher”. Ela quer dizer que o parto fez ela se sentir mais mulher do que ela se sentia antes, ou de que ela se sentia se ela tivesse feito uma cesariana. Ela não está criticando você ou as suas escolhas. Ela está comemorando suas próprias conquistas, só isso! Quando ela diz “quando eu dei à luz, eu me senti muito mulher, muito feminina, muito poderosa” ela não está dizendo que a gente, por ter feito cesariana, é menos mulher, menos feminina, menos poderosa. Ela está falando só dela, não da gente, entendeu?”²¹⁹

Como observam alguns autores (Cunha, 1986, Oliveira, 1976), todo grupo constrói fronteiras simbólicas com os demais e, nesse sentido, as adeptas do parto “natural” e “humanizado” parecem construir uma identidade comum pautada na experiência de parturição. A partir desse rito de passagem, percebido como uma exibição de poder e consolidação da feminilidade, o parto serve de base para a construção de uma identificação entre aquelas que se dispuseram e foram capazes

²¹⁸ O documento encontra-se disponível em: <http://www.maternidadeativa.com.br/artigo16.html> Último acesso em 27/11/2013.

²¹⁹ A entrevistada Sofia parece compartilhar dessa visão e, para ela, o conflito ocorre em razão da forma “apaixonada” com que as mulheres que tiveram partos “naturais” e “humanizados” relatam suas experiências, o que é interpretado pelas demais como uma tentativa de desqualificar seus partos: “Geralmente, as cesariadas ou que tiveram parto normal padrão, às vezes acham que a gente quer se achar melhor ou quer se pôr por cima ou qualquer coisa assim. E, na verdade, a gente relata a nossa experiência com paixão, pelo menos é a minha posição. Então, assim, quem me pergunta eu falo mesmo que foi legal, que não sei o quê. Todos os detalhes que quiserem saber eu conto mesmo. [riso] E digo que foi a melhor coisa que eu fiz, mas não é para diminuir a experiência do outro, é porque a minha foi assim, não é? Eu não vou diminuir a minha só porque o outro se sente mal, entendeu?”

de superar a dor sem recorrer a medicamentos, ao mesmo tempo em que as diferencia daquelas que deram à luz por meio de partos cesáreos ou “normais” medicalizados.

A cesariana, em especial, costuma ser vista de forma bastante negativa quando realizada sem indicação médica, isto é, a pedido da mulher ou por sugestão do obstetra, por uma questão de conveniência – para ele ou para ambos. Assim, nos relatos das entrevistadas, o parto abdominal foi descrito como ausência de sensação; como uma cirurgia e não exatamente um parto; como um corte; como excesso de planejamento e controle sobre a vida; como uma invasão ao corpo e como um parto “artificial”.

“Eu acho que é um parto muito invasivo, o normal [medicalizado]. A cesárea nem se fala, não é? Não é nem um parto, é uma cirurgia”. (Simone)

“As mulheres marcam cesariana, às vezes a criança não está nem pronta, com 37 semanas, porque ‘eu não quero sentir nada’. Eu acho uma coisa muito estranha você ter um filho e não sentir nada”. (Kátia)

“[No Brasil] está muito presente nas conversas, na mídia e tal, aquela mania de marcar o parto. Eu pensei ‘Nossa! O que é isso?’ Quando eu fiquei sabendo disso a primeira vez... ‘Isso é normal?’ Tipo: ‘Eu quero marcar às dez da manhã, na sexta-feira, porque combina com a minha agenda de trabalho?’. Então eu pensei: ‘Não pode ser!’ (...) Na Alemanha, dizem que está mudando um pouquinho também, mas, normalmente... assim, na minha família e as minhas amigas, quando alguém precisou fazer uma cesárea, foi uma catástrofe total, assim. As pessoas não gostam de falar. Falam: ‘Nossa, eu tive que fazer. Não teve outro jeito e eu sinto muito e tal’. Então, é algo muito negativo, fazer cesárea. E aqui não, aqui é o contrário, não é? (...) Aqui, o parto virou algo muito artificial. (Ana)

Como é possível notar, a cesárea eletiva é percebida como o avesso do parto “natural” e “humanizado”, condensando e tornando-se o paradigma do que seriam os “excessos” da Modernidade, isto é, da objetificação do sujeito, do controle da natureza, da valorização da ciência e da tecnologia e da desconexão entre corpo e pessoa.

Parto e maternidade: de destino a projeto

É importante destacar que a marcante valorização da experiência de parturição entre as adeptas do parto “natural” “humanizado” parece estar em sintonia com a corrente do feminismo da diferença sexual, que considera a maternidade – e parece ser possível expandir tais idéias à reprodução biológica

como um todo, inclusive o parto – “como um poder insubstituível, o qual só as mulheres possuem e os homens invejam” (Scavone, 2001: 140).

Vale ressaltar que essa idéia representa uma ruptura com os feminismos herdeiros de Simone de Beauvoir que almejavam o direito à igualdade dos sexos e tendiam a perceber a maternidade como uma forma de sujeição, que conduzia a mulher à passividade. Nessa vertente, a maternidade foi percebida pelas feministas como um “handicap”, isto é, como um defeito natural que confinaria as mulheres ao espaço privado e à dominação masculina. As palavras de Beauvoir – que parecem ter servido como uma inspiração às avessas para as mulheres investigadas e para o sentido que atribuem à sua experiência reprodutiva – sintetizam essa visão:

“Engravidar, amamentar não são atividades, são funções naturais; nenhum projeto está envolvido nisso; é por isso que a mulher não encontra aí um motivo de afirmação orgulhosa de sua existência, ela suporta, passivamente, seu destino biológico” (Beauvoir, 1975: 83).

De acordo com Agacinski (1999), na visão de Simone de Beauvoir e de muitas outras feministas que se inspiraram nela, rejeitar a função materna era um passo necessário para conquistar a emancipação, o que fez com que as mulheres passassem a reivindicar a condição de sujeitos ativos, trabalhadores e produtivos, em sintonia com a ideologia produtivista moderna. “Ser ‘como homens’ era a melhor maneira de ser livre. Não foi *com* sua feminilidade, mas *contra* ela que as mulheres pretenderam se libertar da alienação histórica e da alienação cultural” (Agacinski, 1999: 75).

Foi apenas em uma segunda etapa que a reflexão feminista buscou recuperar o saber o feminino a ela associado, promovendo o que seria uma espécie de “negação do handicap”. Assim, após uma recusa inicial da maternidade, a reflexão feminista buscou dar visibilidade ao poder exercido pelas mulheres por meio da maternidade (Scavone, 2001), refletindo a luta pela afirmação das diferenças e da identidade feminina, a partir das contribuições pioneiras de Luce Irigaray (1981)²²⁰, Yvonne Knibiehler (1977), entre outras.

²²⁰ Para uma análise aprofundada do trabalho da autora e sua relação com o parto “humanizado”, ver: Carneiro (2011).

Segundo Agacinski (1999), que tratou do tema mais recentemente e também se filia a essa corrente, a maternidade deve ser reinterpretada como uma potência e reivindicada pelas mulheres como uma força e não como algo que as debilita. Se já no passado a fecundidade concedia à mulher o poder considerável de dar uma descendência aos dois sexos, hoje em dia, quando se encontram disponíveis diversas técnicas de contracepção e procriação que permitem o domínio sobre a fecundidade, a mulher desfruta de grande liberdade, uma vez que se torna plenamente responsável por essa potência. Para a autora, na medida em que a mulher pode escolher *não* conceber, o *desejo* de procriar torna-se mais evidente. Em suas palavras:

“A oposição entre o destino suportado passivamente e o projeto soberanamente decidido não se coaduna com o ato de dar a vida, que é, ao mesmo tempo, consequência de um imperativo natural, o que outrora se chamava instinto, e resultado de um projeto deliberado que implica uma escolha” (Agacinski, 1999: 63).

Na visão de Agacinski (1999), tais reflexões não implicam em reduzir as mulheres à sua “fecundidade carnal” e nem ao papel social de mães, incorrendo em essencialismos, mas pretendem acenar com a possibilidade de que a maternidade não seja vista como algo que “mutila” a mulher, uma vez que, de acordo com a autora, esta pode ser reconhecida como “uma paixão que nada tem de passivo e da qual, pelo contrário, as mulheres extraem grande parte de sua força” (1999: 74).

As idéias de Agacinski (1999) se revelam fecundas para analisar o grupo de mulheres de camadas médias, que parece compartilhar dessa visão acerca da maternidade e também estendê-la ao parto. Assim, se a maternidade foi vivida pelas entrevistadas como fruto de uma escolha, que as potencializa e fortalece, o mesmo deve-se dizer do parto que, em vez de ser encarado a partir do registro do medo e do sofrimento, é interpretado como uma experiência transformadora e percebido como resultado de um desejo, de uma escolha – ainda que esta tenha se construído a partir da interação com outras mulheres, com especialistas e com ativistas.

Em resumo, é possível dizer que as reflexões feitas por autoras comprometidas com o feminismo da diferença sexual parecem estar em sintonia

com a visão que as mulheres desse grupo nutrem em relação à maternidade e à forma como vivenciam suas experiências de parto: não como um fardo ou como algo desafortunadamente inescapável – tão bem expresso na frase “Entrou vai ter que sair!”, que costuma ser repetida pelos profissionais de saúde nas maternidades públicas –, mas como uma experiência desejada e vista como potencialmente prazerosa e enriquecedora.

4.4.6. Entre o idealizado e o vivido

A partir da pesquisa etnográfica realizada junto a esse grupo e nos comentários feitos em aulas e palestras, foi possível construir o que seria a imagem de um parto “natural” e “humanizado” ideal: de preferência de cócoras, na presença do parceiro, o parto deve transcorrer sem qualquer intervenção ou procedimento médico, sendo acompanhado por especialistas “humanizados” cuidadosamente selecionados ao longo da gestação. A experiência deve iniciar de maneira espontânea e o tempo não deve ser contado, mas vivido. O clima deve ser intimista, introspectivo, em meio ao silêncio e à penumbra. Ao nascer o bebê deve ir para o colo da mãe, amamentar e ter o cordão cortado pelo pai apenas quando este parar de pulsar.

Esta seria a descrição do chamado “belo parto” (Tornquist, 2004, Fonseca, 2009) que, como é possível notar, inclui uma série de requisitos nem sempre facilmente alcançáveis. De fato, nem todas as entrevistadas tiveram uma experiência de parturição semelhante a esta, o que fez com que algumas precisassem, posteriormente, “aceitar”, “digerir” ou “elaborar” seus partos, mesmo que a maioria tivesse, ao fim e ao cabo, dado à luz por via vaginal²²¹.

²²¹ Se o parto vaginal medicalizado é motivo de frustração, maior ainda costuma ser a cesárea. À exceção de quando a cirurgia é realizada como um último recurso, com o intuito de salvar vidas. No entanto, as mulheres que almejam um parto “natural” “humanizado” parecem estar pouco preparadas para vivê-la. Contribui para isso o fato de no curso de preparação para o parto o assunto ser pouco abordado, não havendo uma aula destinada ao assunto, por exemplo. Os casos concretos de alunas cujos partos tiveram esse desfecho, ainda que reconhecido como necessário, em geral são lamentados pela professora. Sobre esse aspecto, Tornquist (2004), que observou situação semelhante em sua pesquisa, destaca que “a cesárea é vista e sentida como um fracasso a ser lamentado, um grande não-dito que – excluído do rol de possibilidades no processo de preparação para o *grand finale* – se impõe como uma dura realidade, a qual, subitamente, a mulher precisa elaborar”. (Tornquist, 2004: 318)

Tatiana foi uma delas. Ela estava com quase 42 semanas de gestação²²² e não havia entrado em trabalho de parto de maneira espontânea. Junto com seu médico, um profissional “humanizado”, decidiu fazer uma indução, optando pelo descolamento de membranas, técnica que seria considerada menos invasiva, em comparação com a administração de ocitocina sintética. Tatiana entrou efetivamente em trabalho de parto dois dias depois, quando, à noite, começou a sentir contrações com alguma regularidade. Depois de passar a madrugada monitorando o trabalho de parto em casa, Tatiana foi de manhã com o marido para a maternidade, onde encontrou-se com a doula e o médico, que queria examiná-la. Ela estava com apenas 3 centímetros de dilatação, mas o obstetra achou melhor que ficasse internada, pois tinha a expectativa de que o processo pudesse evoluir rapidamente.

No entanto, as horas se passaram e Tatiana dilatava de maneira parcimoniosa. Ela passou boa parte do tempo fazendo exercícios e tendo alguns pontos de Do-in pressionados pela doula, o que, segundo ela, se revelou bastante eficaz para estimular as contrações, mas aparentemente insuficiente para garantir a dilatação esperada. Por sugestão do médico, Tatiana entrou no chuveiro. O contato com a água quente lhe agradou e ajudou-lhe a relaxar, mas não pôde permanecer muito tempo, pois teve uma queda de pressão que lhe obrigou a sair do chuveiro.

Na parte da tarde, em um exame de toque, o médico identificou uma fibrose no colo do útero, possivelmente provocada por uma cauterização que Tatiana fizera muitos anos antes. Na avaliação do obstetra, isso possivelmente estava dificultando a dilatação do colo. Pouco tempo depois, ela foi para sala de parto, onde se instalou na banheira. Lá, disse ter vivido o momento mais difícil de todo o trabalho de parto: “Quando eu estava na banheira, acho que foi a coisa mais dolorida de todo o meu trabalho de parto, inclusive considerando a minha filha nascer. Porque o meu médico tentou estourar essa fibrose na marra, na mão. Isso doeu. Doeu muito, muito, muito”. Naquela altura as contrações já estavam

²²² Este costuma ser considerado, por médicos “humanizados”, o prazo limite para aguardar o início espontâneo do trabalho de parto – um prazo que costuma ser maior e mais flexível do que aquele normalmente estabelecido pelos obstetras.

mais fortes e, ao sair da banheira, uma delas chegou a derrubar Tatiana, literalmente, no chão:

“Eu não consegui me aguentar em pé de tanto que doeu. Daí eu falei: ‘Chega, eu vou querer anestesia’. Porque eu sempre fui muito contra anestesia. Acho que, na minha cabeça, eu não queria nem que o anestesista tivesse ido para o meu parto, porque eu tinha certeza que não teria necessidade nenhuma de ter um anestesista, sabe? Talvez eu não devesse ter relutado tanto... mas eu fico feliz de ter insistido, sabe? Eu insisti o quanto eu pude. Eu, realmente, insisti o quanto eu pude”. (Tatiana)

Tatiana recebeu uma “analgesia” que, segundo ela, não atrapalhou o trabalho de parto, pois, ainda que a tenha impedido de andar, permitiu que ela continuasse movimentando as pernas e sentindo o início das contrações, ao mesmo tempo em que eliminou a dor. O marido contou-lhe após o parto que ela era “uma” antes da medicação e “outra” depois: Tatiana ficou mais calma e tranqüila e, na sua avaliação, a anestesia “melhorou 300% o processo. O negócio que era para ser natural e tudo mais não estava sendo bacana, sabe? Estava sendo só sofrido”. Mesmo Tatiana estando mais relaxada, a dilatação do colo do útero continuou evoluindo lentamente:

“Foi muito devagar, muito devagar mesmo, sabe? Cada um centímetro demorava muito tempo e não estava mais rápido, o processo, conforme passava o tempo. O último centímetro demorou para caramba, assim, demorou umas três horas, acho, para dilatar um centímetro”. (Tatiana)

Por volta das 18h, o médico lhe propôs romper artificialmente a bolsa de águas, o que deveria contribuir para estimular as contrações. Tatiana deu à luz 1h depois, satisfeita pelo fato de a analgesia não ter impedido que sentisse o chamado “círculo de fogo”, como é chamada a forte ardência que acompanha a passagem da cabeça do feto pela vagina. A filha, que não tinha nome ao nascer, não mamou imediatamente após o parto, mas permaneceu em seu colo, “chorando, chorando, chorando, chorando sem parar, chorando muito”. O pai cortou o cordão umbilical quando este parou de pulsar – experiência que lhe pareceu extremamente desagradável, segundo Tatiana – e ela levou alguns pontos no períneo, necessários devido à ruptura espontânea do tecido durante a passagem do feto, uma vez que não foi feita qualquer incisão.

Tatiana preferia que sua família e a do marido, que moram fora do Rio, tivessem sido avisadas apenas após o nascimento do bebê, pois gostaria de passar o primeiro momento no quarto somente com a filha e o marido, “conhecendo-se”. Mas o plano não se concretizou. Primeiro, porque a filha não parava de chorar, não havendo a tranquilidade que ela esperava ter nesse momento, “foi mais ou menos tentar fazer ela parar de chorar”, explicou. E, também, porque os pais do marido, avisados por ele no início da manhã sobre a internação, estavam desde meio-dia aguardando na recepção e logo encerraria o horário de visitas da maternidade.

“Às vezes, a gente fica idealizando tanto as coisas, mas na prática é diferente. Na prática, as coisas são do jeito que dá para ser, sabe? Eu acho que essa foi a grande lição que eu tirei de toda essa história”.

Manuela também teve uma experiência bastante diferente da que fora idealizada por ela – com a presença indesejada da sogra e tendo feito uso de anestesia – o que lhe gerou grande frustração, ainda que tenha dado à luz por via vaginal e não tenha perdido completamente suas sensações, em função da pequena dosagem de medicação administrada. Depois do parto, levou um tempo para conseguir “elaborar” a distância entre a experiência idealizada e a vivida:

“[Logo depois do parto] eu fiquei muito chateada por ter tomado anestesia. E, assim, o tempo todo fiquei com isso na cabeça: que eu tinha tomado anestesia, que eu preferia não ter tomado. (...) [No pós-parto minha mãe] me ajudou a resolver esse problema, porque eu não estava conseguindo. Eu chorava. Eu acordava chorando. Ia dormir chorando. E ela falava para mim: ‘Manuela, você foi uma heroína. Você fez um parto normal. Você lutou até o fim, sabe? Você tomou anestesia porque você precisou tomar anestesia. Você estava sentindo muita dor. E qual é o problema de tomar anestesia? Depois a anestesia passou. E da próxima vez, você já sabe a dor. Você já sabe como é que é. Você vai conseguir se preparar de outra forma. Vai dar tudo certo. Não vai ter tanto imprevisto. Os imprevistos não vão te afetar desse jeito. Você já sabe que você tem mesmo que se proteger e bloquear a entrada das pessoas dentro da sala [de parto], não é? Está tudo bem. Você fez a melhor coisa possível’”. (Manuela)

Aparentemente menos incomodada do que Manuela com sua experiência, Simone contou que guarda uma memória bastante positiva do parto, mas também não ficou completamente satisfeita:

“Eu gostaria de não ter levado [anestesia] e de ter realmente conseguido ter ele na água, que eu não consegui” (Simone).

O incômodo denunciado por essas mulheres com suas experiências de parturição apontam para a existência de um modelo que, assim como no parto medicalizado, também parece estar presente no projeto de parto “natural” e “humanizado”²²³. Ainda que se busque enfatizar o parto como um evento individual e único, as mulheres parecem expostas a um modelo ideal de mulher e de parturição que, dentre outros aspectos²²⁴, implica em um alto controle físico e emocional, nem sempre facilmente alcançável, o que também foi destacado por Tornquist (2004):

“Na condição de ideário, o parto humanizado celebra um determinado modelo de mulher e de parto e, em que pese a positividade que esta celebração representa num contexto no qual as mulheres são – ainda hoje – vistas como ‘objeto solitário da intervenção médica’, há que se considerar o peso do modelo sobre aquelas mulheres que – por motivos diversos – não possam adequar-se a ele. (...) O ideário da humanização inclui, portanto, uma estética do parto, um modelo para parir e um modelo para nascer, tal qual aquele forjado nos últimos anos também para a morte, e, no caso do parto, o lado sombrio será a sua não-realização, a sua incompletude, significando a incapacidade da mulher”. (Tornquist, 2004: 318-319)

Os depoimentos das entrevistadas sugerem que a ausência de medicação para alívio da dor parece ter um grande peso na percepção de satisfação em relação à experiência, em parte porque a medicação reduz o controle sobre o corpo e a possibilidade de manter-se ativa, mas também por interferir na percepção da parturiente sobre suas sensações. Noutras palavras, manter-se firme no propósito de não tomar anestesia – um recurso facilmente acessível no contexto das mulheres de camadas médias²²⁵ – é visto como um aspecto importante para a avaliação que as parturientes fazem da experiência. No entanto, afirma Beckett (2005), o incentivo a esse tipo de parto, supostamente acessível a todas as mulheres, aparentemente não leva em conta a diversidade de corpos e

²²³ Uma das coordenadoras do outro grupo de apoio à gestante e ao parto “humanizado”, do qual algumas entrevistadas participavam, problematizou a questão. Durante palestra proferida a um público de profissionais e mulheres afinados com o ideário, ela questionou o modelo no qual se convertera o parto “humanizado”: “Troca-se a posição de litotomia pela de cócoras. Tem é que dar liberdade à mulher”, afirmou, acrescentando: “Só existem dois tipos de parto: o parto com liberdade e o sem liberdade”.

²²⁴ A heteronormatividade certamente é um desses aspectos e chegou inclusive a ser alvo de críticas por parte de um casal de lésbicas que matriculou-se em uma “Aula de Parto”, no curso oferecido por Flora.

²²⁵ Tive contato com gestantes que avisaram de antemão que, mesmo que pedissem anestesia durante o parto, por favor não fossem atendidas, pois tratava-se de uma situação temporária de descontrole e não propriamente de seu desejo.

experiências femininas, de certa maneira contribuindo para que algumas criem expectativas pouco realísticas em relação a seus partos.

É importante destacar que o uso massivo de analgésicos na vida cotidiana, fruto da percepção generalizada de que toda dor deve ser imediatamente combatida (Le Breton, 1999), faz com que os sujeitos praticamente não sejam expostos a dor na sociedade contemporânea, sendo quase inexistente o preparo ou o aprendizado para vivenciá-la. Manuela, dentre as entrevistadas a que mais manifestou frustração com o fato de ter tomado anestesia, reconheceu que não tinha o hábito de sentir dor, geralmente recorrendo a medicamentos para seu alívio.

“Eu sou sensível, eu sou muito sensível. Eu não gosto de sentir dor. Então, assim, eu ter dor de cabeça para mim já é o caos porque eu nunca... eu não tenho, não fico doente. E quando eu fico eu tomo remédio mesmo porque eu quero que passe a dor. E com o parto, primeiro eu tomei um susto, porque, assim, já era, logo de cara, já era uma dor que eu ia ter que sentir. Então, isso já me assustava muito. E depois, quando eu li sobre parto humanizado e parto natural sem intervenções e tal, eu pensei: ‘Tá na hora de eu aprender a sentir dor’”.

Com esse objetivo, Manuela participou de inúmeras palestras, “devorou” diversos livros sobre parto, participou de cursos, etc. O aprendizado teórico sobre o processo contribuiu para que não ficasse ansiosa, porém, revelou-se insuficiente durante o trabalho de parto, quando dela era esperado um maior controle para, segundo ela, “aceitar a dor”. Noutras palavras, entre a teoria e a prática havia um hiato, o que fez com que, pouco tempo depois de iniciado o trabalho de parto, Manuela passasse a achar que não seria capaz de suportar a dor, o que só contribuiu para aumentar a sensação de descontrole.

“[Poucas horas depois do início do trabalho de parto] As dores estavam fortes. Para mim, as dores estavam fortes. Então, eu fiquei com medo de não aguentar. E como as contrações não estavam em uma frequência, em um ritmo bom, não estavam regulares, eu comecei a achar que eu não ia agüentar, não. E aí quanto mais você pensa que você não vai aguentar, você não aguenta mesmo, não é? E eu sabia disso e aquilo foi me dando muito nervoso (...) Assim, desde o começo do parto, eu já estava descontrolada. Aí, por isso que eu falei que eu não estava preparada. Não estava preparada para sentir aquela dor.”

Além de a preparação para a dor ser praticamente inexistente na sociedade contemporânea, de acordo com Kukla (2008), outro ponto problemático da proposta diz respeito ao fato de que os cursos preparatórios e o plano de parto,

ainda que louváveis em suas intenções, são responsáveis por gerar expectativas irrealistas em relação ao controle que a mulher pode, efetivamente, exercer sobre o processo de parturição.

A experiência de Manuela parece confirmar essa hipótese, evidenciando uma série de “imprevistos” que, na sua visão, contribuíram sobremaneira para que o parto transcorresse de forma diversa da que havia sido planejada por ela. Na lista de “imprevistos” enumerada, Manuela incluiu, por exemplo, uma reação alérgica ao óleo utilizado pela doula, inviabilizando a continuidade das massagens para alívio da dor e gerando-lhe ainda maior desconforto; a necessidade de ter que fazer um longo deslocamento de carro (da Zona Sul da cidade até a Zona Oeste na hora do *rush*), pois não havia vaga nas maternidades próximas; a impossibilidade da pediatra “humanizada”, criteriosamente escolhida durante a gestação, participar do parto, pois tinha compromissos pessoais naquele dia. Estes foram apenas alguns dos fatores que escapavam ao seu controle e que Manuela considerou que contribuíram para seu desequilíbrio emocional, levando o parto a ter um desfecho diverso do que fora idealizado.

Observações semelhantes podem ser feitas em relação ao trabalho de parto de Tatiana, durante o qual vivenciou situações que claramente escapavam ao seu controle e que, em alguma medida, contribuíram para que o trabalho de parto e parto se distanciassem do modelo – desejado e, ao mesmo tempo, incentivado pelo projeto. Tais situações incluíram, por exemplo, o fato de Tatiana não ter entrado em trabalho de parto espontaneamente quando já estava prestes a completar 42 semanas de gestação; ter tido uma queda de pressão ao tomar um banho morno, considerado um importante recurso não farmacológico para alívio da dor; a filha ter chorado incessantemente em suas primeiras horas de vida, impedindo que a nova família que se constituía tivesse um momento de tranquilidade para a consolidação do vínculo entre seus membros, o que costuma ser incentivado por especialistas afinados com o ideário.

Na avaliação de Kukla (2008), a idealização do modelo e a alta expectativa gerada em relação à capacidade da parturiente de controlar o processo podem ter como consequência, nas situações em que o parto não transcorra como o planejado, um sentimento de frustração e perda de confiança, o que

provavelmente deve ser reconhecido como um efeito colateral e indesejado da proposta, que tem como objetivo justamente seu inverso, isto é, o “empoderamento” da mulher, para usar um termo caro aos ativistas.