



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Ciências Sociais

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Tássia Raquel Marques Gusmão

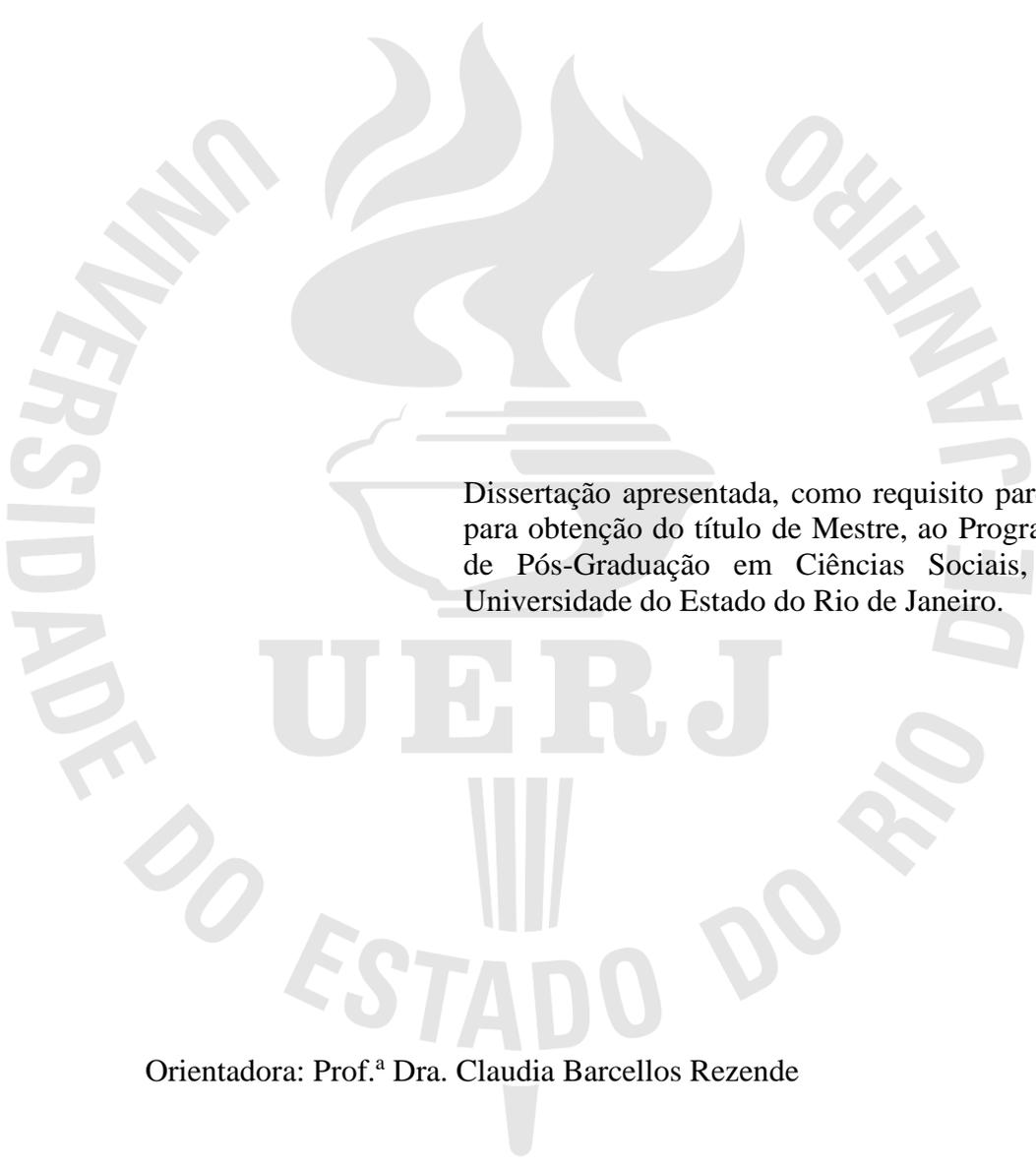
**O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto  
“humanizado”**

Rio de Janeiro

2015

Tássia Raquel Marques Gusmão

**O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto “humanizado”**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Barcellos Rezende

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

G982 Gusmão, Tássia Raquel Marques.  
O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto “humanizado” /  
Tássia Raquel Marques Gusmão. – 2015.  
59 f.

Orientadora: Claudia Barcellos Rezende.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto  
de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Grávidas – Teses. 2. Parto humanizado – Teses. 3. Classe média – Teses.  
I. Rezende, Claudia Barcellos, 1965-. II. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDU 396

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Tássia Raquel Marques Gusmão

**O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto “humanizado”**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 24 de novembro de 2015.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Barcellos Rezende (Orientadora)  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Waleska de Araújo Aureliano  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rachel Aisengart Menezes  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela bolsa concedida e por possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa.

À minha orientadora, Claudia Rezende, pela confiança e incentivo. A generosidade com que sempre me orientou fez meu percurso acadêmico muito mais agradável e, sem dúvidas, contribuiu para a superação dos momentos de dificuldade. Seu conhecimento e profissionalismo me servem de inspiração.

Aos professores do Instituto de Ciências Sociais da UERJ que participaram e contribuíram para minha formação acadêmica.

À Rachel Aisengart e Waleska Aureliano pelos comentários e contribuições a este trabalho durante a fase de qualificação.

Às coordenadoras e mulheres do grupo de gestantes que me acolheram tão bem e compartilharam comigo suas experiências. Agradeço especialmente às mulheres entrevistadas que aceitaram o convite de participar desta pesquisa e generosamente cederam seu tempo para dividir comigo um pouco de suas histórias de vida.

Aos meus familiares e amigos pela compreensão e apoio dados durante o mestrado, suporte fundamental para a conclusão deste trabalho. Em especial, agradeço à Ana Carolina Lourenço, Edson Luiz dos Santos e Marcela da Silva por toda ajuda, encorajamento e amizade. Vocês me fortaleceram durante esta etapa.

## RESUMO

GUSMÃO, T. R. M. *O parto desejado: projetos e trajetórias na busca do parto “humanizado”*. 2015. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O presente estudo procura compreender a trajetória de mulheres que aderiram ao ideário de “humanização” do parto na segunda gestação e os significados atribuídos à experiência. Visa também destacar questões referentes aos motivos da escolha pelo parto “humanizado” e a forma como o projeto de parto “humanizado” é elaborado durante a gestação. Para isso, foi realizada observação participante em um grupo de apoio à gestante na cidade do Rio de Janeiro e entrevistas com mulheres de camadas médias que durante a gestação frequentaram o grupo na intenção de ter um parto “humanizado”. O desenvolvimento da pesquisa por meio de técnicas qualitativas permitiu observar com detalhes características específicas do grupo de mulheres estudado, assim como o modo pelo qual algumas noções fundamentais ao grupo são elaboradas. Este trabalho apresenta os principais elementos de transição entre a experiência de gestação e parto anterior e a atual, apontando aspectos como a relação médico-paciente, as percepções elaboradas acerca da “humanização” do parto e seus desdobramentos. A participação no grupo de apoio à gestante se apresenta como fundamental para a construção das bases que dão sustentação ao projeto de viver a experiência do parto “humanizado”.

Palavras-chave: Parto “humanizado”. Camadas médias. Grupo de gestantes.

## ABSTRACT

GUSMÃO, T. R. M. *The desired birth: projects and trajectories in the search for a “humanized” birth*. 2015. 59 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This study seeks to understand the trajectory of women who adhered to the ideals of “humanization” childbirth in the second pregnancy and the meanings attributed to the experience. It also aims to highlight issues related to the reasons for choosing a “humanized” birth and how the “humanized” birth project is elaborated during pregnancy. For this, participant observation was carried out in a support group for pregnant women in the city of Rio de Janeiro and interviews with middle class women who attended the group during pregnancy with the intention of having a “humanized” birth. The development of the research through qualitative techniques allowed us to observe in detail specific characteristics of the group of women studied, as well as the way in which some fundamental notions for the group are elaborated. This work presents the main transition elements between the experience of pregnancy and childbirth before and the current one, pointing out aspects such as the doctor-patient relationship, the perceptions developed about the “humanization” of childbirth and its consequences. Participation in the support group for pregnant women is fundamental for the construction of the bases that support the project of living the experience of “humanized” childbirth.

Keywords: "Humanized" birth. Middle class. Pregnant group.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>GRAVIDEZ E PARTO COMO FENÔMENO BIOLÓGICO E CULTURAL.....</b>	<b>12</b>
1.1	Processo de medicalização da vida.....	13
1.2	Transformações da gravidez e assistência ao parto no Brasil.....	15
<b>2</b>	<b>NOTAS METODOLÓGICAS.....</b>	<b>23</b>
2.1	Grupo de gestantes.....	24
2.2	As entrevistadas.....	31
2.2.1	<u>Silvia</u> .....	31
2.2.2	<u>Débora</u> .....	32
2.2.3	<u>Rosa</u> .....	32
2.2.4	<u>Renata</u> .....	33
2.2.5	<u>Eduarda</u> .....	33
2.2.6	<u>Paula</u> .....	34
2.2.7	<u>Mariana</u> .....	34
2.2.8	<u>Cintia</u> .....	35
<b>3</b>	<b>CAMINHOS E TRAJETÓRIAS.....</b>	<b>36</b>
3.1	Primeiro parto e seus problemas.....	38
3.2	“Está escrito na tua testa: sou cesarista”.....	41
3.3	Traçando o caminho de um novo parto.....	43
3.4	Experiência do segundo parto.....	46
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação versa sobre condutas e visões de mundo de mulheres adeptas do ideário de humanização do parto e nascimento, tendo como objetivo geral investigar os fatores que motivam a escolha por um parto “humanizado”. Portanto, este trabalho procura elucidar a forma como o projeto de parto “humanizado” é elaborado durante a gestação e a maneira como as mulheres aderem ao seu ideário.

Neste estudo, analiso a trajetória de mulheres que aderiram ao ideário do parto “humanizado” na segunda gestação após cirurgia cesárea ou parto vaginal com intervenções tidas como indesejadas. Busco destacar assim questões referentes aos motivos da mudança, afinal, o que levou essas mulheres a optarem pelo parto “humanizado” rejeitando a cirurgia cesárea ou o parto normal comumente realizado nos hospitais? Apresento os principais elementos de transição entre a experiência anterior e a atual, apontando aspectos como a relação médico-paciente, as visões elaboradas acerca da humanização do parto e seus desdobramentos.

O tipo de parto é um dos principais indicadores da saúde da mulher no país, nesse sentido, o Brasil apresenta um alto índice de cesarianas, 52% em 2010, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesárea seja de 10 a 15% (Ministério da Saúde, 2012). Esse cenário geral de assistência ao parto da mulher associado às crescentes demandas de mulheres que desejam não apenas um parto normal<sup>1</sup>, mas um parto “humanizado” é o contexto da realização desse estudo.

Como mulheres que já realizaram um parto com intervenções coadunam a experiência anterior com os princípios e o desejo de terem um parto “humanizado”? O que motiva essas mulheres a querer especificamente o parto “humanizado”? De que forma uma experiência considerada ruim de assistência ao parto influencia ou interfere na adesão ao ideário do parto “humanizado”? O que elas consideram uma assistência humanizada? Essas são algumas questões e reflexões que me orientaram ao longo desse trabalho.

Meu primeiro contato, ainda no segundo ano de graduação, com o tema da gravidez ocorreu graças à minha participação no projeto de pesquisa “A experiência da gravidez: corpo, subjetividade e parentesco”<sup>2</sup> sob a orientação da Profa. Dra. Claudia B. Rezende, que também me orienta nesta dissertação. Apesar do meu crescente interesse pelo assunto,

---

<sup>1</sup> Parto normal e/ou parto natural é usado aqui no sentido de parto vaginal.

<sup>2</sup> Pesquisa apoiada pelo Programa ProCiência da UERJ e pelo CNPq, na qual fui bolsista de iniciação científica entre agosto de 2007 e julho de 2008.

não pude naquele momento me aprofundar mais no tema devido ao afastamento da minha orientadora de pesquisa para realização de seu pós-doutorado e a consequente pausa do projeto. Assim, me vinculei a outras pesquisas que, embora mantivessem alguma proximidade pelo fato de pertencerem aos estudos sobre família e à mesma linha de pesquisa, versavam sobre temas diferentes. Porém, meu entusiasmo pela temática da gravidez e, mais especificamente, do parto “humanizado” se manteve.

Embora eu não tenha filhos, o debate sobre parto “humanizado” me despertou curiosidade e se tornou um foco de interesse. Afinal, a gravidez tem o potencial de reunir aspectos biológicos, sociais e culturais que merecem atenção nos estudos das ciências sociais, desse modo, a maternidade se torna um tema de relevância diante da capacidade que possui de revelar questões relacionadas ao corpo, às relações familiares e conjugais e à subjetividade, além de ser capaz de influir na formação da identidade feminina. Diante disso, decidi realizar minha monografia de graduação dentro do tema da humanização do parto, ainda que de maneira bastante inicial e exploratória. Portanto, tanto minha monografia realizada em 2010 quanto a presente pesquisa são fruto do meu encanto pela temática da gravidez e os diversos assuntos que dela decorrem.

Recentemente o tema do parto “humanizado” vem ganhando maior espaço tanto na mídia quanto em trabalhos acadêmicos abordando os mais variados tópicos ligados à questão<sup>3</sup>. Grande parte dessa visibilidade se deve a divulgação da elevada taxa de cesarianas no Brasil, geralmente com notícias com um título do tipo “Brasil tem o maior número de cesáreas no mundo”<sup>4</sup>. Além disso, vem crescendo o número de mulheres que se organizam e promovem ações com o intuito de chamar atenção para esse e outros aspectos da assistência dada às mulheres durante a gravidez e, principalmente, no momento do parto (Mendonça, 2013).

Em 2000, concomitante ao lançamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pela Organização das Nações Unidas (ONU) que incluem metas de redução da mortalidade infantil e melhoria da saúde das gestantes, foi criado no Brasil através da Portaria/GM n.º 569, de 1/06/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, peri e neonatal registradas no país. Esse programa compreende dois aspectos principais:

---

<sup>3</sup> Ver Carneiro, 2011, Hirsch, 2014, Manni, 2013 e Mendonça, 2013.

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://www.diarioonline.com.br/noticias/elas/noticia-327010-brasil-tem-o-maior-numero-de-cesareas-no-mundo.html>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabiamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 5-6).

Segundo o Ministério da Saúde na série Saúde Brasil 2011 dedicado à saúde da mulher “foi possível identificar que o excesso de cesáreas tem implicações para a saúde das mulheres, aqui representadas pelas taxas de mortalidade materna e infecção puerperal, e para a saúde dos bebês, evidenciadas pelo aumento da prematuridade” (2012, p.387). Portanto, trabalho com a hipótese de que o impacto do grande número de cirurgias cesáreas realizadas atualmente no Brasil se reflete de forma significativa no grupo estudado.

Os princípios que compõem o ideário de humanização do parto são, como já apontou Salem (2007), mais facilmente absorvidos por grupos de camadas médias. Tal característica se deve ao caráter de vanguarda atribuído à tais práticas. Hirsch (2015) sugere também que o valor dado pelo ideário “humanizado” à liberdade de escolha da mulher esteja afinado com valores individualistas mais comuns nos segmentos médios. Desse modo, o elevado número de cesarianas realizadas em instituições privadas (63,6%, em 2010)<sup>5</sup> torna-se relevante, principalmente se considerado que grande parte das gestantes de camadas médias tem acesso ao serviço de saúde suplementar.

Esta dissertação tem o objetivo geral de analisar a trajetória de gestantes que aderiram ao ideário do parto “humanizado” após terem passado por uma experiência de parto considerada por elas como indesejável. Além disso, examino como a participação das mulheres em grupos de gestantes influencia na formação de suas subjetividades e de que forma o projeto de realizar um parto “humanizado” altera, ou não, a percepção de corpo, conjugalidade e do próprio *self* feminino. Por fim, investigo a maneira pela qual o ideário do movimento pela humanização do parto e do nascimento foi apropriado por mulheres que se organizam através de redes e grupos com o intuito de defender o parto “humanizado”.

Para isso, realizei observação participante em um grupo de gestantes em prol do parto “humanizado” que se reúne em um bairro da zona norte e em um bairro da zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Fiz entrevistas com oito mulheres que após a primeira gestação

---

<sup>5</sup> Ministério da Saúde, 2012.

decidiram optar pelo parto “humanizado” para ter o próximo filho e buscaram esse grupo de gestantes como apoio. As entrevistadas possuem entre 28 e 36 anos, ensino superior completo, exceto duas que não concluíram o nível superior, são casadas ou têm união estável e fizeram o pré-natal e parto por meio de plano de saúde ou com médicos e equipes particulares. Em apenas dois casos o parto foi realizado em maternidade pública, apesar de o pré-natal ter sido feito no plano de saúde e/ ou com equipe particular.

Tendo a gravidez como objeto de pesquisa, optei por fazer o recorte da gestação posterior à cesárea ou ao parto normal com “intervenções” consideradas indesejadas pelas mulheres. A metodologia utilizada nessa investigação se baseia no uso de técnicas qualitativas de pesquisa como entrevista semiestruturada e observação participante em um grupo de apoio à gestante. Desse modo, os dados deste estudo se originam de entrevistas, diário de pesquisa e notas de campo. Focalizo em mulheres que passaram pelo parto há pouco tempo e que já tenham um ou mais filhos por considerar necessário dar maior visibilidade às atuais práticas de cuidado focadas na mulher grávida, inclusive no que diz respeito ao aumento da demanda por parto “humanizado”.

A reflexão sobre a pesquisa qualitativa que leva a produção etnográfica possui uma boa contribuição de Hélio Silva (2009) em seu artigo sobre a ‘situação etnográfica’, no qual propõe uma abordagem dinâmica e fluida nas pesquisas etnográficas. Segundo ele, o trabalho do etnógrafo não é contemplativo, mas relacional. O observador estabelece relações e interage.

O autor alerta que apesar de suas considerações poderem parecer em certo nível redundante, não o são. Pois compreende que embora os assuntos apontados por ele ao longo do texto sejam de alguma forma conhecidos e familiares aos etnógrafos, muitas vezes não são aplicados ou ficam em segundo plano. Assim, pretende enfatizar a importância da sincronicidade das atividades de andar, ver e escrever. Essas três atividades se separam em certo grau (apenas como medida didática ou formal), porém,

O percurso no campo, sua observação e a descrição do contexto percorrido e observado são três fluxos que se misturam em reciprocidade, interdependência e (inter) influências enquanto se tensionam pelas contradições e heterogeneidade das disposições e habilidades em jogo (SILVA, 2009, p.186).

A complexidade de tal atividade já vem sendo debatida por importantes antropólogos brasileiros como Roberto DaMatta (1981) e Gilberto Velho (1981). Roberto DaMatta (1981) propôs que o etnólogo deve se dedicar a aprender a dupla tarefa de transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico. De tal modo, demonstra que tanto as pesquisas realizadas com populações mais distantes física e/ou culturalmente quanto as

realizadas dentro da própria sociedade do pesquisador implicam no desafio de compreender os significados e códigos presentes no grupo estudado.

Gilberto Velho (1981) em seu artigo “Observando o familiar” se aprofunda nas questões apresentadas por DaMatta (1981) ao afirmar que é preciso dar atenção ao meio em que a pesquisa de campo ocorre. Pois, nem sempre o que está próximo é conhecido, apesar de muitas vezes ser familiar. Da mesma maneira, o que soa como exótico devido à distância pode ser de alguma forma conhecido. Velho (1981) destaca que existem diferentes graus de familiaridade, o que demonstra a heterogeneidade do conhecimento que se possui sobre os variados contextos de pesquisa.

Para Gilberto Velho (1981) os estudos que ocorrem em grandes metrópoles são exemplo da complexidade da tarefa presente no trabalho do etnógrafo de desenvolver empatia, uma vez que a variedade de grupos que compõem a grande cidade pode levar a um choque cultural e estranhamento semelhante aquele relatado nos estudos realizados em sociedades distantes geograficamente e mais facilmente enquadradas como “exóticas”. Dentro do ambiente que inicialmente poderia ser considerado mais conhecido por se tratar da própria sociedade do pesquisador há diferenças de classe e hierarquias de poder que fazem do trabalho do etnólogo que pesquisa grupos com os quais tem familiaridade uma atividade que requer maior proximidade e conhecimento do grupo para romper com estereótipos que possam existir. Nesse sentido, busquei escrever esta dissertação nos moldes do trabalho etnográfico sugerido por Silva como “o relato de um percurso” (2009, p.186).

O capítulo 1 deste trabalho é uma revisão bibliográfica sobre gravidez e seus principais temas decorrentes como relação familiar, conjugalidade e corpo. Procuo por meio da literatura utilizada apontar os fatores que levam ao surgimento do parto como evento centralizador da experiência da gravidez. No capítulo 2, apresento minha inserção no campo de pesquisa e o processo de observação participante realizado no grupo de gestantes. No Capítulo 3, discuto os principais elementos de transição entre a experiência anterior e a atual, apontando aspectos como a relação médico-paciente e as visões elaboradas acerca da humanização do parto. Analiso também a trajetória das mulheres entrevistadas e que participaram do grupo de gestantes durante a segunda ou terceira gravidez.

## 1 GRAVIDEZ E PARTO COMO FENÔMENO BIOLÓGICO E CULTURAL

As análises de Marcel Mauss (1974, 1980) sobre o uso de técnicas corporais em diferentes contextos sociais e culturais e sobre a manifestação intencional e programada de sentimentos de acordo com situações sociais específicas se tornaram estudos clássicos no campo das ciências sociais. As marcas corporais antes vistas como fundamentalmente biológicas passam a ser entendidas como aspectos da construção e manipulação cultural do corpo. O individual e o social não são facilmente distinguíveis diante da relação do corpo com os objetos, portanto, os elementos psicológicos, biológicos e sociais contribuem para a formação das práticas corporais.

Foucault (1977, 1988) realça que a partir do século XIX a sexualidade se tornou a chave da individualidade e o corpo passou a ser o centro das atenções no que tange a medidas de controle e disciplina corporal. No contexto ocidental moderno, o corpo ganha valor numa lógica de controle e manutenção da vida, segundo Foucault, “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida” (1988, p. 135). Essa conjuntura torna eventos vinculados ao corpo especialmente significativos em termos de políticas e práticas de cuidado, portanto, convém investigar como o corpo grávido é tratado em diferentes contextos culturais e sociais.

A gravidez é uma categoria cultural e um fenômeno biossocial relevante, como destaca Ivry (2010) em sua pesquisa sobre gravidez em Israel e no Japão. Esses dois países apresentam diferentes versões de gravidez medicalizada e formas distintas de construir verdades socialmente aceitáveis sobre gestação que se refletem na visão elaborada por médicos e gestantes sobre responsabilidade materna. O modelo japonês de assistência à gestante, já rotinizado de acordo com o modelo ocidental, reconhece no corpo das grávidas o esforço cansativo de gerar um bebê e o formula como uma espécie de monitor capaz de avaliar os cuidados ao feto durante a gestação, assim, o controle do ambiente materno é visto como fundamental para a saúde do feto. Distintamente, em Israel existe a ideia de uma separação entre a gravidez e o feto como se a mulher apenas “carregasse” o bebê. No entanto, em ambos os casos, a paciente grávida é essencial no projeto de cuidado pré-natal, apesar das diferenças de significados atribuídos ao corpo da mulher grávida.

## 1.1 Processo de medicalização da vida

O surgimento da população enquanto categoria que deve ser conhecida e regulada tornou a vida um valor da contemporaneidade e como tal deve ser preservada. Nesse sentido, preza-se por produzir a vida e regular a morte (Menezes, 2011; 2013). Surge, assim, uma biopolítica normativa baseada na gestão da coletividade.

Rose (2013) faz uso do termo cidadania biológica para enfatizar o processo de biologização da política em que ideias a respeito de raça, eugenia, políticas voltadas para maternidade e família são construídas com base em projetos de cidadania orientados em termos biológicos. Como já foi anunciado por ele:

Formar cidadãos biológicos também envolve a criação de pessoas com determinado tipo de relação consigo mesmas. Tais cidadãos usam linguagens biologicamente coloridas para descrever aspectos de si mesmas e de suas identidades, e para expressar seus sentimentos de infelicidade, indisposição ou situações desagradáveis. Por exemplo, elas descrevem a si mesmas como tendo altos níveis de colesterol no sangue, como vulneráveis ao estresse, como sendo imunodeficientes, ou como tendo predisposição hereditária para câncer de mama ou esquizofrenia. Elas usam tais frases e os tipos de cálculos para o qual estão ligadas para fazer julgamentos em relação a como poderiam ou deveriam agir, os tipos de coisas que temem, e o tipo de vida que podem esperar (ROSE, 2013, p. 201).

Em sua obra *História da Sexualidade I: a vontade de saber*, Foucault desenvolve o conceito de biopoder. Ao analisar o direito de vida e morte característicos do poder soberano em que o soberano exerce poder sobre a vida através do seu direito de matar como castigo quando lhe convém, Foucault afirma que “o direito que é formulado como ‘de vida e morte’ é, de fato, o direito de *causar* a morte ou de *deixar* viver” (1988, p. 128, grifos do autor). No entanto, ele aponta para mudanças desse cenário no ocidente a partir da época clássica quando o poder passa a assumir também o papel de gerir a vida. Nesse sentido, Foucault considera que o antigo poder como direito de causar a morte foi alterado em direção a um “poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (1988, p. 130, grifos do autor).

Nos séculos XVII e XVIII emerge e se consolida uma biopolítica da população a partir do desenvolvimento de disciplinas do corpo e regulação da população. O poder sobre a vida estabelece a necessidade de administração dos corpos e controle das populações por meio de minuciosa gestão da vida. Assim, inaugura-se o que Foucault (1988) chamou de era do “biopoder”, ressaltando ainda o papel que este fenômeno possui no desenvolvimento do capitalismo ao permitir a participação dos corpos agora controlados no processo de

produção. Trata-se de um acontecimento ímpar, pois marca a “entrada da vida na história” (Foucault, 1988, p. 133), ou seja, a partir desse momento surge uma moral que qualifica a vida do ser humano como algo a ser valorizado e mantido. O biopoder ultrapassa, portanto, a valorização da vida baseada apenas na necessidade de sobrevivência biológica e contraposição à morte. Situação possível graças ao desenvolvimento econômico e agrícola desse período.

“Um relativo domínio sobre a vida afastava algumas das iminências da morte. No terreno assim conquistado, organizando-o e ampliando-o, os processos da vida são levados em conta por procedimentos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los. [...] Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político.” (FOUCAULT, 1988, p. 133-134)

Rabinow e Rose (2006) ao analisarem os usos atuais dados ao conceito de biopoder cunhado por Foucault observam que apesar do crescente acirramento de questões referentes à vida e seus aspectos biológicos, poucos estudos foram feitos para ampliar o conceito. Segundo eles, Foucault propôs um modelo de diagrama bipolar para tratar do tema. De um lado estaria a anatomo-política do corpo humano e, do outro, os controles reguladores. Os controles reguladores consistem numa biopolítica da população focada no corpo e nos mecanismos da vida como o nascimento, a morbidade e a mortalidade. No entanto, afirmam, Foucault apontou para unificação, no século XIX, dessa tecnologia bipolar que passou a compor um leque mais amplo de tecnologias do poder. Possibilitando, assim, novas formas de disputa política baseadas em reivindicações de “direito” à vida.

Rabinow e Rose apontam para certa imprecisão do Foucault no uso dos termos presentes no campo do biopoder e destacam que irão tratar o termo biopolítica para “abarcas todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes” (2006, p. 28). Nesse mesmo sentido, propõem que o conceito de biopoder na atualidade deve abranger no mínimo três dimensões: a produção de discursos de verdade acerca dos seres humanos por sujeitos reconhecidos como autoridades para falar sobre o tema, o desenvolvimento de estratégias de intervenção baseadas na promoção da vida e, por fim, os modos de subjetivação através dos quais o indivíduo é incentivado a atuar sobre si sob a égide de certas formas de autoridade e por meio de práticas do *self* baseadas na sua própria vida e saúde, na saúde de sua família ou outra coletividade.

A fim de analisar a biopolítica contemporânea, Rabinow e Rose consideram que o campo da reprodução é “um espaço biopolítico por excelência” (2006, p. 44). Afirmam que

embora Foucault tenha se debruçado ao estudo da sexualidade como elo entre uma anatomo-política do corpo humano e uma biopolítica da população, a relação entre sexualidade e reprodução tem se enfraquecido devido, principalmente, ao desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas. Assim, as escolhas reprodutivas relacionadas à infertilidade ou ao aborto entram no campo de disputas políticas que envolvem aspectos individuais, coletivos, éticos, tecnológicos e políticos.

A concepção de parto até meados do século XVIII não estava ligada a noção de saúde e doença, mas sim à família, parentesco e religiosidade. Prova disso foi a forte resistência que a tentativa de medicalização da gravidez encontrou, tanto que esta área foi uma das últimas a passar pelo processo de medicalização que ocorreu no ocidente (Tornquist, 2004). Um dos motivos que explica essa resistência é o fato da gravidez que pertencia até então essencialmente ao universo feminino – sendo as mulheres responsáveis pelos cuidados com a gestante – passar a ser controlada pelo saber médico, conhecimento dominado majoritariamente por homens.

## **1.2 Transformações da gravidez e assistência ao parto no Brasil**

A característica da sociedade ocidental moderna de controle sobre o corpo é identificável na medicalização da gravidez e do parto como é apresentado por Davis- Floyd (2003) e Emily Martin (2006). A transferência do local de nascimento da casa para o hospital seria uma consequência desse processo e teria representado a alteração de um ritual da sociedade americana. Assim, a gravidez e o nascimento foram transformados nos Estados Unidos pela predominância masculina nos cuidados do parto e pela nova relação entre ciência, tecnologia, patriarcado e instituições (Davis-Floyd, 2003).

O movimento de humanização do parto e nascimento possui algumas questões-chaves, entre elas está a defesa do parto natural como meio de resgatar o protagonismo feminino na gestação e no parto e a recusa de interferências médicas excessivas que contribuiriam para colocar a mulher numa posição de passividade diante da gravidez. Esta perspectiva de questionamento diante da autoridade médica tem a contribuição da crítica feminista através do conceito de empoderamento. Araújo (2012) afirma que o sentido mais amplo de empoderamento se refere a práticas políticas que passam da resistência individual para mobilizações coletivas, no entanto,

*empoderar as mulheres* torna-se crescentemente sinônimo de criar as condições para participar e/ou disputar espaços de poder e de decisão, remetendo também à ideia de ocupação de campos institucionais. De certo modo, o exercício do poder tal como ele se configura nas arenas institucionais deixa de ser percebido como algo exterior às mulheres. A perspectiva de atuação via mecanismos institucionais, ocupando espaços e desenvolvendo novas estratégias de inserção e pressão, passou a ser incorporada de forma mais afirmativa, e não apenas como objeto de crítica (ARAÚJO, 2012, p.259-260, grifo da autora).

O parto natural surge como alternativa a medicalização da gravidez sendo fruto de uma nova mentalidade em relação à gravidez que se inicia com o “parto sem dor” (PSD) na década de 50, momento em que são lançadas as bases que permitem a releitura e a consequente mudança de concepção acerca do parto. O PSD, um conjunto de técnicas que visam eliminar as dores do parto e fazer deste uma experiência amena para a gestante, surgiu a partir de duas correntes, a de Dick-Read denominada “parto sem medo” e a de Lamaze, o método psicofilático. Na década de 70, surgem Leboyer, Odent e Sheila Kitzinger com a proposta de aprofundar ou mesmo radicalizar as teses do PSD (Salem, 2007). Dentre os teóricos do “pós-parto sem dor”, Michel Odent foi o teórico que ganhou maior projeção como ideólogo do movimento de humanização do parto no Brasil.

Odent defende fortemente a desmedicalização da gestação e do parto, com o mínimo de interferência médica durante a gravidez e, inclusive, no momento do parto. Enfatiza que as parteiras estariam “naturalmente” mais próximas instintiva e afetivamente da gestante em trabalho de parto em detrimento dos médicos e questiona a postura dorsal, tradicionalmente adotada no momento do parto, tida como símbolo da passividade da parturiente e, consequentemente, do poder médico. A base desse argumento é o fato de considerar que a mulher tem em sua natureza as condições necessárias para ter um parto natural, instintivamente ela possuiria mecanismos de defesa contra a dor do parto. E mesmo com as influências culturais que transformam o parto num momento de dor e sofrimento, isso pode ser superado se a mulher for novamente posta no seu lugar de protagonismo no momento do parto e tiver liberdade e condições para seguir seus instintos (apud Salem, 2007).

O “parto sem dor” (PSD) e o “pós-parto sem dor” são movimentos que lançaram as bases ideológicas para fenômenos como o casal grávido e o movimento pela humanização do parto no Brasil. O parto natural é considerado uma experiência central e sintetizadora dos ideais do casal grávido, tanto que existe certa confusão entre os termos casal grávido e parto de cócoras afirma Salem (2007). Preza-se a realização de um parto o mais próximo do natural possível, rejeita-se a ética e a tecnologia médica entendidas como invasivas e impositivas da passividade da gestante, a presença do pai é absolutamente imprescindível

enquanto a família extensa é afastada. No mesmo sentido Tornquist salienta que:

É difícil definir o momento exato em que *herdeiros* do parto sem dor dos anos 70, identificados com o parto natural aderiram, ao que hoje se chama de Parto “humanizado”, ou, se não aderiram, pelo menos passaram a vê-lo como sendo parte desse movimento. Na verdade, as Conferências da OMS forjam a elaboração de uma nova identidade, em torno do termo *humanização da assistência*. Embora o termo humanização não seja interpretado de forma unívoca, nem mesmo no campo do movimento, pode-se dizer que, no campo da REHUNA, ele assume os pilares centrais do ideário do PSD. É bom ressaltar que o Parto “humanizado” dos anos 90 e 2000 veio a englobar essas propostas anteriores, sucessoras do Parto sem Dor (2004, p. 140-141, grifos da autora)<sup>6</sup>.

Ao analisar o fenômeno do casal grávido na década de 80, Salem (2007) destaca o ideal de conjugalidade igualitária e o rompimento com a forma “tradicional” de lidar com a gestação, o parto, a maternidade e a paternidade como algumas características que lhe são peculiares. O casal grávido é guiado por um ideal de individualização com inclinações igualitárias que dá ao sujeito o caráter de “indivíduo-valor”. Desse modo, torna-se latente a oposição entre indivíduo (particularismo) e sociedade (universalismo). Ao indivíduo é atribuído tudo que é percebido como positivo – a capacidade de escolha e superação –, já à sociedade resta o papel de limitadora das potencialidades do sujeito.

O casal grávido manifesta uma transformação que atinge a família moderna, pelo menos em alguns seguimentos da sociedade. Esta transformação baseia-se no deslocamento do código para o sujeito, assim, o comportamento do indivíduo deixa de ser guiado por normas sociais e passa a se pautar em uma “norma da liberação”, ou seja, a pressão externa é substituída por uma pressão que o próprio sujeito exerce sobre si de autoliberação para atender aos seus “verdadeiros desejos” (Salem, 2007).

Almeida (1987) em seu trabalho sobre mães da década de 50 e suas filhas, mães da década de 80, demonstra que as mães da década de 80 tendo incorporado valores de suas mães no processo de socialização primária passam por conflitos decorrentes do momento de desmapeamento que vivem.

Segundo Figueira (1985) a família desmapeada é fruto do acirramento das questões enfrentadas pela família igualitária. Enquanto na família igualitária o sujeito é mediador entre o que é externo – princípio ou ideal – e o que é interno à família – relação entre pessoas diferentes –, na família desmapeada não existem critérios formais nem externos nem internos à família. O único critério que o sujeito possui para organizar sua vivência

---

<sup>6</sup> REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - é uma organização da sociedade civil que atua desde 1993 em forma de rede de associados(as) em todo o Brasil. Seu objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

familiar é oriundo de suas experiências idiossincráticas, ou seja, são conhecimentos que não podem ser compartilhados.

Na década de 50, os papéis sociais eram muito bem definidos através de diferenciações marcantes de gênero. O homem era visto como provedor que propiciava as condições necessárias para a gestação transcorrer tranquilamente, assim, havia pouca participação do marido durante a gestação. Ele mantinha seu papel de provedor e de “cuidador” da mulher. Nessa época, era comum o marido ter contato e conversas a sós com o médico ginecologista a fim de entender/saber o que se passava com a mulher durante esse período. Tanto a família quanto o médico, nesse momento, possuem autoridade no processo da gestação, portanto, não pode haver grandes ambiguidades ou conflitos de informação.

Almeida (1987) justifica que a experiência do parto é especificamente privilegiada entre as grávidas da década de 50:

porque é ela que aparece como mais presente e destacada no conjunto mais amplo de relações que as informantes desenvolviam consigo mesmas neste período de suas vidas. No âmbito das lembranças mais marcantes relacionadas às sensações ou experiências vividas no período da maternidade, o parto apresenta-se como etapa delimitadora de fronteiras, como divisor de águas entre vivências a ele anteriores e sucessivas. O período da gravidez em si é introduzido nos discursos de forma passageira, pouco pontuada e significativa, basicamente como eixo condutor, como necessário percurso a ser trilhado em direção a um ponto de chegada preciso: o momento do nascimento (1987, p. 53-54).

E continua, “é, pois, somente no momento do nascimento (situação concreta), e não ao longo da gravidez, que a maternidade parece se manifestar definitivamente” (1987, p.57).

No contexto das grávidas dos anos 80, a mulher desempenha um papel de mediação entre os especialistas e o marido na tentativa de produzir uma nova condição de paternidade que é lentamente construída com o objetivo de tornar o marido cada vez mais envolvido na experiência da gravidez. Isso se deve a necessidade desse modelo moderno de maternidade de ter a participação e a presença do marido em praticamente todas as atividades da vida da gestante, o que abrange desde realização de atividades físicas que preparam para o parto até o compartilhamento dos aspectos emocionais que envolvem a gravidez, para que o marido também possa se sentir grávido. A “psicologização do feto” onde a categoria de pessoa se estende ao filho desde a barriga da mãe também integra este processo (LoBianco, 1985).

Estudos recentes sobre a gravidez (Rezende, 2009, 2011) e a organização das mulheres em redes de ativismo (Mendonça, 2013) apresentam um quadro distinto das pesquisas da década de 80. Em Rezende (2009), a busca por controle emocional e corporal é evocada como a conduta mais indicada para gestante tanto na mídia quanto no grupo de

gestante pesquisado por ela. Ansiedade, medo e outras emoções surgem de forma recorrente no discurso sobre preparativos e cuidados para gestação e, geralmente, são associados às mudanças hormonais. A ansiedade aparece fortemente no grupo de gestantes por ela pesquisado como uma emoção vinculada ao desconhecimento sobre mudanças, principalmente corporais, que a gravidez pode causar e sobre o próprio parto, visto que, por mais que a mulher procure informações, existem variações inevitáveis de acordo com cada gestação.

A procura e a propagação de informação é o argumento utilizado por mulheres que decidem se organizar e participar de grupos ativistas de defesa do parto “humanizado” (Mendonça, 2013). Os integrantes do movimento de humanização do parto e nascimento buscam traçar medidas para combater os efeitos da modelo hegemônico de assistência ao parto por identificarem como malefícios os frutos desta conduta na saúde das mulheres. A crítica se dirige ao parto hospitalar medicalizado, pois essa modalidade de parto é considerada excessivamente tecnológica, artificial e violenta. A visão de ativistas da humanização do parto é de que apropriação da assistência ao parto pelo campo biomédico trouxe grandes transformações na maneira de nascer e na relação estabelecida pelas mulheres com a gravidez e o próprio corpo. O saber médico traçou uma série de novas visões sobre a fisiologia do corpo grávido, condutas e procedimentos para o parto, isso gerou modificações profundas na estrutura existente até então.

Os defensores do parto “humanizado” questionam os efeitos da medicalização do parto e do nascimento por entenderem que este evento, ao se vincular ao saber médico, torna a mulher passiva diante da autoridade médica. O campo médico controlado de forma majoritária por homens seria o responsável por retirar do universo feminino o conhecimento sobre o parto. As mulheres historicamente ocupam o papel de cuidadoras e também eram as responsáveis por zelar desta etapa da vida feminina, porém, com o advento da obstetrícia, as mulheres teriam perdido o protagonismo nas decisões referentes ao parto.

A representação no campo da medicina obstétrica do corpo da mulher como inapto e despreparado para a gestação teve início na França, nos séculos XVII e XVIII, com o uso de metáforas em que o útero da mulher era tratado como máquina e o médico como o mecânico responsável por consertá-lo. Para tanto, o médico dispunha de instrumentos e técnicas como a utilização do fórceps. Por isso, argumenta Martin (2006), o parto domiciliar, em contraposição ao parto hospitalar medicalizado, é percebido por muitas americanas como a modalidade de parto que oferece maior sinal de resistência da mulher contra a medicalização da gravidez. A rejeição à cesariana ocorreria porque neste tipo de

parto a mulher passa pela experiência de ver seu eu (*self*) e seu corpo separados, sendo isso, em parte, efeito da anestesia espinhal ou peridural, utilizada no procedimento. Além disso, a mulher se vê transformada em objeto que os médicos manipulam através do corpo.

O deslocamento do parto para o campo médico representou, como afirma Diniz (2005), a anulação da experiência do parto através de práticas como o parto sob sedação total que se propagou na década de 10 do século passado entre as elites da Europa e dos Estados Unidos, até que o alto índice de morbimortalidade materna e perinatal o tornaram impraticável. Outras formas medicalizadas do parto também se difundiram na medicina obstétrica como a cesariana, na qual o uso de instrumentos e anestésias é essencial. Então, este se tornou o modelo de assistência predominante em diversos países industrializados, principalmente nas áreas urbanas.

Dentre os elementos que compõem o ideário do parto “humanizado” a crítica à medicalização da saúde ocupa lugar de destaque, pois o parto e o nascimento são percebidos pelos adeptos do ideário como eventos essencialmente fisiológicos e naturais. Esta visão, como aponta Tornquist (2002), utiliza a ideia de uma forma natural de parir e nascer que faria parte de um instinto universal, desse modo, o termo humanização faz referência ao ser humano livre de cultura e fora da história. Entre os diversos sentidos e interpretações do termo humanização, nesse contexto, ele assume um sentido identitário para o movimento de revisão do parto. O conhecimento biomédico teria, portanto, optado por ignorar a natureza fisiológica da mulher que a torna apta para parir ao ter adotado o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Os efeitos dessa prática teriam sido a transformação do parto em um evento artificial, doloroso e violento.

Diante desse panorama, “a *humanização* da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro humano” (DINIZ, 2005, p. 628, grifo da autora). As propostas de humanização da assistência ao parto expõem uma tentativa de trazer para esta área uma perspectiva humanitária a respeito da atenção dada à saúde da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos.

O que é proposto como as práticas de cuidado mais adequadas para gestantes em sua maioria são convergentes com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. Os adeptos do movimento pela humanização do parto e nascimento são influenciados pelas orientações gerais desses órgãos e, ao mesmo tempo, exercem pressão para que políticas públicas de “humanização” da assistência sejam adotadas. Cabe pontuar aqui que no caso brasileiro este movimento social e seu ideário

atingem fundamentalmente pessoas de camadas médias intelectualizadas. O ativismo pela humanização do parto e do nascimento é marcado por disputas de saberes e de modelos de assistência à gestante. Como afirma Diniz,

o termo *humanização* do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes (2005, p.635, grifo da autora).

Um caso que exemplifica as diferentes percepções sobre os cuidados na gestação é a experiência da maternidade que atende camadas populares de Recife (PE) apresentada por Faya Robles (2014). Em seu artigo sobre gravidez de risco, a autora traz um excelente contraponto à abordagem do movimento de humanização do parto em relação à medicalização do nascimento, além de possibilitar a compreensão mais abrangente das formas de regulação da vida. Conforme a autora, risco é a categoria sanitária que atualmente regula a gravidez das mulheres no Brasil, no entanto, a atribuição de risco depende do contexto social no qual se insere a gestante, podendo variar se esta for usuária da rede pública ou privada de saúde e de acordo com sua classe social.

A princípio, a classificação de risco serve para indicar as gestações que precisariam de algum tipo de atendimento especial na intenção de controlar a morbimortalidade futura. No Brasil, a atribuição de risco não reflete o estado físico das gestantes, mas se vincula a organização do próprio sistema de saúde. O risco é formulado, portanto, no campo da saúde pública. O sistema de saúde pública atua no sentido de produzir e dar forma as experiências íntimas das mulheres pobres de Recife com o propósito de torná-las “boas” mães. Assim, a categoria gravidez de “alto risco” será determinada por fatores sociodemográficos, consequência de um sistema de atenção e cuidados pautado em valores culturais mais do que em critérios médicos.

Segundo Faya Robles (2014), ao estabelecer os elementos que indicam fatores de risco, não é clara a escala de gravidade desses riscos ou mesmo qual é a combinação entre eles que determina a gravidez de “alto risco”. Muitas vezes o grupo tratado como de “alto risco” será justamente aquele com menor índice de problemas médicos. É exatamente nessa falta de orientações e protocolos claros que as classificações diversas, e às vezes contraditórias, sobre risco gestacional se formam.

A arbitrariedade na escolha dos fatores de risco que serão considerados relevantes faz com que gravidez na adolescência, por exemplo, seja tratada como um fator de “alto risco” enquanto outros elementos de “risco” são desprezados ou minimizados pelos agentes

de saúde. Nessa visão, gravidez na “adolescência” estaria associada a relações conjugais instáveis ou tentativas de aborto pela suposta rejeição da gestação. Essa política de assistência voltada para mulheres pobres consideradas “mães de risco”, ao invés de refletir “gestações de risco” baseadas em critérios fisiológicos, tem a intenção de reforçar técnicas de correção através de dispositivos de regulação como grupos de apoio para gestantes de risco onde a fala e o falar de si são incentivados. Existe, portanto, a separação entre o que seria a avaliação de risco supostamente fundada em evidências científicas e a “gestão” de risco fruto de decisões administrativas e de equipes de profissionais (Faya Robles, 2014).

A introdução do conhecimento médico na assistência ao parto e ao nascimento trouxe impactos diversos no campo de cuidados voltados às mulheres. Assim como a obstetrícia e suas técnicas salvaram vidas, também causaram mortes e sofrimento, em maior ou menor grau de acordo com a época e circunstância. Atualmente, as defensoras do parto “humanizado” reclamam do elevado número de cesarianas realizadas no Brasil que quando feitas sem indicação clínica correta podem causar grandes danos à saúde da mulher. Do mesmo modo, as mulheres de camadas populares enquadradas na categoria de gestação de risco irão reagir à medicalização de suas experiências na maneira como interagem e percebem o que seria “risco”. Ao identificarem a arbitrariedade da atribuição de risco, as mulheres se apropriam e resignificam o fato de estarem enquadradas naquela categoria, variando da intenção inicial e demonstrando os limites de influência dos dispositivos de regulação na experiência das mulheres grávidas.

## 2 NOTAS METODOLÓGICAS

Em agosto de 2013, ocorreu o lançamento do filme “O renascimento do parto”<sup>7</sup>. Nesta ocasião fui ao cinema assistir o filme e antes de entrar na sala de cinema encontrei uma mulher que aguardava o marido chegar para assistirem à exibição do filme juntos. Durante a espera conversamos um pouco e ela falou sobre sua experiência com parto domiciliar de sua filha única. Contou como tinha sido boa a experiência e que desde então tinha se tornado “ativista pela internet” e como julgava que a informação era fundamental para que as mulheres pudessem fazer suas escolhas. A essa altura sua filha já tinha 3 anos, mas ela continuava envolvida com a defesa do parto “humanizado”. Durante essa conversa disse que tinha interesse em pesquisar o tema e trocamos contato. Após essa conversa nos falamos pelas redes sociais e ela me passou informações sobre grupos de gestantes que se reuniam no Rio de Janeiro. Foi através das redes sociais dela que soube da Marcha pela Humanização do Parto que aconteceria no dia 19 de outubro de 2013.

Minha introdução no campo de pesquisa ocorreu quando participei da Marcha pela Humanização do Parto no Rio de Janeiro, no mesmo dia outras cidades de diversas regiões do país também realizaram a marcha. No Rio, a marcha se concentrou e permaneceu em frente a uma maternidade municipal localizada no centro da cidade como forma de manifestação de apoio à instituição e aos profissionais que nela trabalham, após reclamações de algumas famílias que alegavam que as gestantes foram obrigadas a realizar parto normal e isso teria causado o óbito de seus bebês. Esses casos, cerca de nove naquele ano, ganharam bastante repercussão na mídia. A maternidade em questão é considerada pelas manifestantes da marcha como vítima de perseguição da mídia e de profissionais de saúde contrários ao parto “humanizado”, tendo em vista que esta instituição seria uma das poucas a se dedicar de forma sistemática às práticas “humanizadas” de atendimento às gestantes.

Nessa atmosfera dei início ao meu trabalho de campo. Foi ali, durante a marcha, que soube da existência de um grupo de apoio à gestante que se reúne em várias partes do Brasil, inclusive no Rio de Janeiro. Nessa ocasião também conheci algumas das pessoas que fazem parte do grupo, então, passei a frequentá-lo e a participar dos encontros.

---

<sup>7</sup> Filme brasileiro de 2013 dirigido por Eduardo Chauvet.

## 2.1 Grupo de gestantes

O grupo de gestantes em que foi realizado o trabalho de campo e a observação participante desta pesquisa promove encontros quinzenais em três bairros da cidade do Rio de Janeiro e em duas outras cidades da região metropolitana. O público são mulheres e casais, em geral, de camadas médias. Nos encontros os mais variados assuntos da gestação e pós-parto são abordados, desde o esclarecimento de dúvidas sobre indicações à cesárea, informações diversas sobre o parto na cidade, onde fazer o parto “humanizado” e quais equipes oferecem assistência a esse tipo de parto, até orientações sobre amamentação. No grupo a participação masculina é muito pequena, normalmente os homens estão presentes para cuidar dos filhos enquanto a esposa faz um relato do parto ou participa da conversa. Geralmente nesse momento os homens estão em outro lugar distraído e brincando com os filhos e, mesmo quando não estão com crianças, os homens tendem a ficar mais calados e apenas ouvir. Eduarda conta que o marido não foi aos encontros do grupo de gestante, embora tenha participado de quase todas as consultas com a médica obstetra.

No grupo de gestante ele não ia. Não se propunha muito a ir. Ele é um cara mais tímido, mais reservado e tal. E eu falava para ele o que era. Falava: “Oh, tem homens, são poucos, mas tem homens que vão”. Eu nunca falei para ele: “Ah, você tem que ir comigo!”. Eu chegava de lá e dava uma aula para ele. Contava tudo, falava o dia inteiro daquilo. [...] Ele foi ao grupo de gestantes depois que a minha filha nasceu, ele viu a importância de ir e ele deu relato. Ele falou do parto. Olha só como o parto foi libertador! Ele falou lá, não teve timidez nenhuma. (Eduarda)

Esses encontros ocorrem em espaços cedidos pelas próprias coordenadoras do grupo ou por colaboradores. Cada grupo possui cerca de duas coordenadoras que organizam os encontros e escolhem os temas que serão debatidos em cada um. A formação das coordenadoras do grupo é diversa, de psicologia a informática. No entanto, o que a maioria delas possui em comum é o fato de terem filhos e geralmente terem se tornado ativistas após alguma experiência tida como desagradável no parto. Uma história parecida com a de muitas mulheres que procuram apoio no grupo. Entre as atividades desenvolvidas por algumas coordenadoras do grupo está à organização de eventos como a Marcha pela Humanização do Parto e de cursos de formação de doulas, no qual as interessadas devem pagar uma determinada quantia para participar.

Os encontros tinham duração de aproximadamente 2 horas, sempre na parte da manhã. Ao chegar ao local do encontro todos se acomodavam em roda. Dependendo do local havia cadeiras ou apenas pufes para as gestantes e todos os outros se acomodarem.

Esse era o caso específico dos encontros que aconteciam aos sábados num bairro da zona norte da cidade, pois o local cedido para os encontros era na verdade uma pequena academia de ioga.

Todo encontro tinha um tema específico predefinido pelas coordenadoras e divulgado nas redes sociais juntamente com informações sobre o local e a data. Elas eram responsáveis por organizar a conversa e tirar dúvidas que normalmente apareciam durante os encontros. Geralmente doulas que participavam regularmente dos encontros, apesar de não serem coordenadoras do grupo, tinham um lugar de destaque na orientação e esclarecimentos de dúvidas das gestantes. Em alguns casos, mulheres que já haviam participado do grupo e que já passaram pelo parto assumiam uma posição de proeminência ao darem seus relatos de parto.

No dia em que conheci as mulheres que entrevistei para pesquisa, o tema do encontro era “relato de parto”. Nesse caso específico, algumas mulheres que participavam do grupo e tiveram os filhos recentemente foram convidadas a dar seus relatos durante o encontro. Neste dia, eu participei do encontro e percebi que todas que deram o relato haviam passado justamente pelo processo que eu buscava pesquisar. Elas estavam relatando o segundo parto, tendo sido este um parto “humanizado”. E muitas vezes, além de falar da experiência em si do segundo parto, faziam comparações com o primeiro parto mostrando o que achavam que deu certo ou errado em cada situação.

Outros temas debatidos no grupo eram: “bolsa (muito líquido, pouco líquido, bolsa rota, bolsa íntegra, rompeu a bolsa – o que eu faço?)”, “amamentação”, “parto no Rio: SUS, plano, particular, domiciliar, equipes, etc”, “mitos versus realidade”, “a participação do pai, cônjuge, marido no parto”, “nadando contra a corrente: o entorno ‘anti-parto’ e como lidar com ele”, “desfechos indesejados”, “parto real: segredinhos de bastidores que ninguém conta”, “medos no/do parto”, “o papel do pai no parto e no pós parto”, “doula: o que fazem? como escolher?”, “parto domiciliar”, “bebês em apresentação pélvica”, “parto normal com cesárea(s) anterior(es) ou VBAC ou Vaginal Birth After C-Sections” e mais.

Os encontros geralmente eram bastante procurados, quase sempre o local onde eram realizados ficava cheio. Existia certa rotatividade dos frequentadores, mas tinha um grupo mais ou menos fixo que participava regularmente. Inclusive algumas mulheres após o parto. Eu me apresentei no grupo de gestantes como uma mestranda da Uerj interessada em pesquisar parto “humanizado” e sem filhos. Como essa apresentação formal foi feita por mim apenas uma vez para as coordenadoras do grupo e uma ou duas vezes durante o encontro quando pediram para as pessoas se apresentarem, tenho a impressão de que muitas

vezes as pessoas esqueciam – e algumas nem sabiam – que eu era pesquisadora. Frequentei o grupo de gestantes em Copacabana na zona sul do Rio de Janeiro e na Tijuca, na zona norte da cidade, de março a outubro de 2014. Durante esse período eu interagia com algumas mulheres e participava mais como uma ouvinte, poucas vezes fiz perguntas com dúvidas durante os encontros.

No geral, os encontros seguem mais ou menos uma ordem. Após todos sentarem em círculo, a conversa era iniciada sendo guiada e mediada pelas coordenadoras. Durante este período era possível fazer perguntas, comentários e tirar dúvidas. Ao final do encontro existe um momento chamado “colo”, um ritual de despedida da barriga em que as mulheres presentes passam energia e desejam que tudo corra bem com a grávida prestes a dar à luz. Nele, as gestantes no final da gravidez, com aproximadamente 38 semanas, recebem “colo”. Todas as mulheres presentes no encontro sentam em volta delas enquanto toca uma música suave ao fundo<sup>8</sup> e todas cantam. Algumas mulheres mais próximas das grávidas, às vezes as mães, amigas ou doulas, colocam a mão na barriga ou ombro da gestante que está recebendo o “colo”. Nesse momento é muito comum ocorrer choro tanto da gestante recebendo o colo quanto das outras mulheres que participam do momento. A intenção do colo é dar as boas-vindas ao bebê e desejar um bom parto para mãe, pois possivelmente aquela é sua última participação no grupo antes de “parir”. Às vezes, acontecia de uma gestante participar de 2 colos, algumas não conseguiam participar de nenhum como aconteceu com Débora. Então, ela organizou um colo improvisado em casa:

Aí na terça-feira a Valéria [doula] chamou uma outra amiga nossa que é doula – fez o curso com a gente também – de Saquarema pra fazer um colo. Que nem o colo do grupo de gestante. Como eu não tive tempo de ter o colo do grupo porque eu ia ter naquele próximo sábado com 38 semanas e não deu tempo de ter. Elas vieram fazer um colo pra mim. Elas fizeram aquele escalda pés, botaram aquelas músicas do colo. A gente fez uma tarde feminina. Aí a Valéria fez pra mim o chá da Naoli. Tem um gosto horroroso, mas eu bebi. Que também, mistura chocolate, orégano, canela, pimenta, tomilho, não tinha como ficar bom. Mas eu bebi!  
(Débora)

Por fim, nos encontros do grupo de gestantes tem uma mesa de lanche para que as pessoas pudessem conversar e comer antes de ir embora, o encontro termina bem próximo da hora do almoço. Esse lanche é levado pelas próprias pessoas que frequentam o grupo como uma forma de contribuição. Na divulgação dos encontros sempre tem a informação de que é aberto, gratuito e que as pessoas podem levar um lanche para compartilhar ao final do encontro.

As mulheres que buscam o grupo de apoio à gestante geralmente o fazem com a

---

<sup>8</sup> Geralmente tocava a música “Te desejo vida” de Flávia Wenceslau.

intenção de obter mais informações sobre o parto natural “humanizado”. Também é comum que gestantes que já tenham filhos procurem esse grupo na tentativa de “entender melhor” o que ocorreu no seu parto anterior, na maioria das vezes cesariana ou parto normal considerado ruim por elas. No decorrer dos encontros, diversos temas são abordados pelas coordenadoras para esclarecer dúvidas e questionamentos mais recorrentes feitos pelas gestantes. Em muitos casos, as grávidas querem se certificar de que o que o médico disse é verdade ou mesmo se um determinado exame indicado por aquele médico realmente precisa ser feito. Reclamações a respeito de experiências desagradáveis em gestações anteriores e nos atendimentos do pré-natal são rotineiras. Em geral, as mulheres se queixam da forma como as consultas são conduzidas pelos médicos, muitas vezes sem que estes esclareçam todas as suas dúvidas nem deem atenção às suas demandas e desejos, por exemplo, pelo parto normal.

Existe uma orientação geral dada pelas coordenadoras do grupo para que as mulheres possam identificar “facilmente” os médicos que não irão “realmente” realizar o parto normal. Elas afirmam que quanto mais o médico faz intervenções durante o pré-natal como solicitar muitas ultrassonografias e realizar exame de toque rotineiramente nas consultas, entre outros exames, mais forte é o indício de que esse médico irá fazer intervenções “desnecessárias” durante o parto. Uma coordenadora do grupo diz que “o pré-natal bem sucedido é o segredo para o parto bem sucedido”. Por “bem sucedido” ela quer se referir ao parto com poucas “intervenções” médicas consideradas sem indicação. Assim, com poucas intervenções no pré-natal seria mais provável que a gestante consiga um parto “humanizado”. “Quanto mais ‘intervenção’ durante o pré-natal, maior a chance de ‘intervenção’ durante o parto”, ela explica.

Esse alerta indica certa preocupação com a medicalização da gestação e ganha ênfase devido às chances que tem de gerar uma indicação de cesariana. A visão formulada dentro do grupo de gestantes sobre a medicalização é fortemente marcado pela forma como as coordenadoras direcionam os debates. Geralmente, a medicalização da gestação e do parto surge como um elemento limitador e externo às mulheres. A medicalização ocorre quando a gestante passa por situações de “intervenções” médicas consideradas “desnecessárias”. Esses dois termos compõem o discurso nativo do grupo de gestantes e também adotado pelas entrevistadas. Na maioria das vezes, busca-se respaldo para esse discurso no conhecimento científico sobre o tema. Inclusive evocam muitas vezes a chamada medicina baseada em evidências (MBE). Para isso dedicam tempo na leitura de artigos científicos sobre parto, para fazer curso de doula, participar de eventos e congressos. Trata-se de um

grupo de apoio à gestante e ao “parto ativo”. É possível perceber que no grupo, de maneira geral, algumas práticas de medicalização tendem a ser mais destacadas como negativas e prejudiciais do que outras, principalmente quando diz respeito aos cuidados médicos voltados para o parto.

A relação estabelecida entre as mulheres que frequentam o grupo de gestantes e os médicos é de certa desconfiança. Os médicos são percebidos como pessoas com potencial de retirar o “protagonismo” da mulher na hora do seu parto. Esse protagonismo da mulher é perdido, na visão das mulheres que frequentam o grupo de gestantes, quando o médico faz procedimentos sem a autorização de gestante ou sem consultá-la, de forma geral, sem que sua opinião seja ouvida. Assim, isso se torna uma preocupação constante, principalmente para as mulheres que não possuem uma equipe “humanizada” para acompanhá-las no pré-natal e parto. A equipe “humanizada” é composta de médico e/ou enfermeira obstetra, pediatra e, geralmente, doula. Essa equipe deve aceitar não fazer intervenções como episiotomia - o corte do períneo no momento da expulsão do bebê - e o uso de ocitocina sintética – hormônio usado para acelerar as contrações do parto - e acompanhar todo o trabalho de parto respeitando as decisões feitas pela gestante tanto no plano de parto quanto na hora do parto em si. No Rio de Janeiro existem resoluções do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) que reprovam o suporte médico em parto domiciliar, por isso, médicos e pediatras não podem acompanhar parto domiciliar, realizando apenas partos hospitalares. No entanto, existem relatos de algumas situações em que acordos informais são feitos no sentido do pediatra realizar uma consulta domiciliar logo após o parto.

Quando se trata de médicos de plano de saúde é entendido de forma majoritária no grupo que esse tipo de profissional não realiza parto normal “humanizado”, uma vez que sua remuneração no plano é feita de acordo com a quantidade de partos realizados e o mesmo não iria se dispor a gastar horas para atender uma única gestante respeitando todo o tempo do trabalho de parto sem lançar mão de intervenções para acelerar o processo do nascimento. Utilizando os recursos disponíveis para agilizar o parto, o médico pode fazer o uso desde ocitocina sintética com o intuito de acelerar a dilatação e as contrações ou até mesmo optar pela realização de uma cirurgia cesárea. Efetivamente, a rede privada registra uma quantidade elevada de cirurgia cesárea, 63,6%, em 2010, segundo o Ministério da Saúde (2012). Dados mais recentes da pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento” coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (2014) apontam uma situação ainda mais alarmante, segundo ela, 88% dos partos realizados no setor privado são

cesariana.

Frequentemente no grupo é transmitida a informação de que no Brasil as gestantes devem se preparar para o parto natural, caso contrário, serão “vítimas do sistema” de atendimento ao parto e dos médicos que nele se enquadram. A base dessa preparação consiste em reconhecer dois pontos considerados essenciais pelas coordenadoras. Primeiro, a mulher deve entender que o parto é fisiológico e “natural” e que ela tem todas as condições de parir, portanto, o protagonismo na hora do parto deve ser dela. Segundo, ela deve se munir de informações tanto sobre seus direitos quanto sobre “evidências científicas” para poder evitar médicos adeptos da cesariana. As coordenadoras do grupo e algumas participantes muitas vezes aconselhavam as frequentadoras do grupo a traçarem estratégias para driblar o “sistema”.

Entre as estratégias mais comuns estava não contar à família e aos conhecidos sobre os planos de ter um parto domiciliar ou no SUS, devido às críticas e questionamentos recorrentes quanto à decisão. Inclusive era aconselhado nos encontros que quem tem plano, mas não tem dinheiro para pagar equipe particular, poderia buscar a maternidade pública municipal no centro do Rio de Janeiro que possuía uma conduta de atendimento reconhecida como “humanizada”. Essa é a mesma maternidade que foi apoiada na Marcha pela Humanização do Parto e Nascimento que ocorreu dia 19 de outubro de 2013 na cidade do Rio de Janeiro. Nesse caso, a justificativa para não contar à família sobre a escolha da maternidade pública era evitar sofrer cobranças sobre a escolha, uma vez que tinham plano de saúde e os hospitais públicos seriam vistos como perigosos e com péssimo atendimento. Esta maternidade, em especial, era considerada diferente desse estereótipo.

Assim, uma das coordenadoras do grupo sugere que as gestantes devem evitar “meios inóspitos” onde existam comentários externos críticos ao parto “humanizado”. Ou seja, a gestante deve se preservar de opiniões de familiares, amigos ou conhecidos que não entendem o parto “humanizado” e, justamente por não compartilharem do mesmo ideário, podem questionar as ações e escolhas da gestante. Débora utiliza a expressão “*matrix*”<sup>9</sup> para se referir ao posicionamento do marido sobre parto antes dele conhecê-la: “Ele apoiou. Ele apoiou desde o início lá atrás. Ele estava totalmente na *matrix* quando a gente se conheceu”.

O grupo de gestantes também instrui quanto à maneira de se comportar no hospital

---

<sup>9</sup> Essa expressão faz menção ao filme “Matrix” (1999) de ficção científica, dirigido pelos irmãos Wachowski. A *matrix* no filme é, grosso modo, uma realidade paralela onde as pessoas vivem e acreditam ser a única realidade existente sendo enganadas por um sistema formado por máquinas.

quando, por exemplo, a equipe médica age em desacordo com a vontade da mulher. Uma das coordenadoras alerta que a doula não pode interferir nos procedimentos médicos, mas pode orientar o marido da gestante a como proceder e o que falar para a equipe médica. O marido pode “ser a voz da doula” no hospital. As coordenadoras do grupo explicam que o hospital é uma instituição que tem poderes, portanto, é preciso usar “estratégias de guerra” e “fazer aliados”. Uma dica é: “a força não é o melhor caminho, não precisa brigar”. Esse conselho foi dado em resposta a alguns casais que se posicionaram de forma radical contra a realização no hospital de procedimentos médicos vistos como “intervenções”. Para isso, seria necessário “não se submeter ao poder médico”, mas ao mesmo tempo “ter consciência estratégica”. E poder exigir, por exemplo, o direito de pernoite do marido como acompanhante no hospital.

É enfatizado no grupo que “o marido deve acreditar naquilo [parto humanizado]” como disse uma integrante do grupo, “deve entender que o parto é fisiológico, que demora”. Em um dos encontros do grupo foi dito que o parto “é uma caminhada solitária, mas não sozinha”, o marido ou companheiro da gestante deve deixá-la agir e decidir sobre o parto, porém, precisa apoiar as escolhas da mulher. Uma das coordenadoras do grupo lembra que, “o marido às vezes também precisa ser ‘doulado’, pois quem está abalado emocionalmente é difícil de dar apoio emocional. Afinal, é o filho dele que está nascendo também”. Assim, sugere-se a formação de uma dupla: marido e doula. O marido é quem deve dar suporte físico (fazer massagem, segurar a mulher numa posição específica), enquanto a doula é mais responsável pelo suporte e apoio emocional da mulher grávida.

Os encontros do grupo de apoio servem também para que as gestantes possam conhecer relatos e experiências de outras mulheres e assim saber como lidar com a dor na hora do parto e onde encontrar profissionais “humanizados”. Pelo fato de grande parte das mulheres que frequentam o grupo já terem passado por cesarianas ou procedimentos que consideraram indesejados e/ou sem indicação clínica clara, surgem desconfortos e reclamações quando ao participar do grupo de gestantes elas percebem que não precisariam ter passado por aquilo. Esta percepção de que o parto anterior foi de alguma forma “ruim”, ou mesmo de que não havia “necessidade” e indicação clara para cesariana, ou para algum procedimento feito durante a primeira gestação, é uma avaliação posterior e, portanto, informada por outras referências diferentes daquela que existia na época em que o parto realmente aconteceu. Dessa forma, esta visão está fortemente influenciada pela própria experiência de estar participando de um grupo de gestantes que defende o parto “humanizado” e que possui uma concepção muito específica sobre o que deve ou não deve

ser realizado ao longo da gestação e do parto. Tanto em termos de cuidados como de assistência e procedimentos.

Assim, algumas mulheres chegam a relatar no grupo que seus partos foram “roubados” e que se sentem “enganadas” pelos profissionais nos quais elas confiavam inicialmente. Passam a perceber que sua vontade de ter um parto normal não foi respeitada por “conveniência ou falta de informação científica atualizada do médico”. Portanto, o parto “humanizado” é encarado como uma luta a ser travada com profissionais que se encaixem nesse perfil e estejam trabalhando a favor do “sistema”. Ao longo da participação no grupo, as gestantes tendem a perceber cada vez mais as condutas dos seus médicos como comportamentos que demonstram a vontade em interferir e controlar seus corpos. O grupo desempenha, portanto, importante papel na construção e consolidação dos ideais de parto “humanizado” apresentados pelas mulheres entrevistadas.

## 2.2 As entrevistadas

Breve perfil das mulheres entrevistadas nesta pesquisa.

### 2.2.1 Silvia<sup>10</sup>

Tem 33 anos, possui “formação espírita” já tendo frequentado a umbanda e o candomblé. É casada, mora na Zona Norte da cidade no bairro da Tijuca, possui ensino superior completo e trabalha como figurinista. Pretendia ter um parto “normal” na primeira gestação, contudo acabou tendo uma cesariana. Seu pré-natal e parto foram realizados pelo plano de saúde. Considera o pós-parto o pior momento da primeira gravidez, pois sentiu muitas dores e dificuldades com o pós-operatório da cesárea. A partir desse momento se interessou pelo tema da cesariana e foi pesquisar o que estava acontecendo com ela. Sua segunda gestação não foi planejada, mas assim que soube que estava grávida decidiu que queria um parto normal. Na segunda gestação foi acompanhada por uma equipe humanizada e teve um parto “normal”

---

<sup>10</sup> Todos os nomes foram alterados para preservar a identidade das entrevistadas.

hospitalar.

### 2.2.2 Débora

Tem 32 anos, casada, cristã protestante, possui ensino superior incompleto e trabalha com ilustração infantil, design gráfico e costura bonecas. Reside na Zona Norte do Rio de Janeiro no bairro da Tijuca. Com o nascimento da primeira filha, sua prioridade se tornou a maternagem e passou a trabalhar como freelance apenas em projetos de seu interesse. Antes de engravidar da primeira filha já pesquisava e se interessava pelo tema de parto. Chegou a cogitar um parto domiciliar, mas por “medo” e por ser a primeira gestação não levou o projeto adiante. Planejou o parto “normal” e foi acompanhada por uma equipe particular. Durante a primeira gestação descobriu que a filha estava com restrição de crescimento intrauterino. Fez todo o acompanhamento durante o pré-natal e sua filha estava bem. A bolsa estourou com ruptura alta e, como não entrou em trabalho de parto, foi realizada a indução. Teve seu primeiro parto na banheira do hospital. Antes de engravidar novamente, fez curso de doula e se tornou ativista. Na segunda gestação tinha certeza que queria um parto domiciliar. Não teve problemas durante essa gestação e o parto aconteceu na banheira de sua casa.

### 2.2.3 Rosa

Tem 34 anos, possui ensino superior incompleto, reside na Tijuca, Zona Norte do Rio de Janeiro. Atualmente não está trabalhando, porém se considera mais “mãe” do que dona de casa. É casada e possui formação católica, não segue nenhuma religião, mas se considera muito espiritualizada. Na primeira gestação planejou ter um parto “normal” pelo plano de saúde. Procurava informações sobre parto na internet e queria uma doula, mas a médica obstetra não concordou. Teve um parto “normal” hospitalar com intervenções que não desejava e considerou a experiência “traumática”. Teve dificuldades para amamentar e depressão pós-parto. Quando descobriu que estava grávida novamente ficou com “medo” de passar pela mesma experiência da primeira gestação. Começou a procurar por uma equipe

humanizada e a frequentar o grupo de gestantes. Optou pelo parto domiciliar e teve seu filho no banheiro de casa.

#### 2.2.4 Renata

Tem 28 anos, casada, professora de educação física na rede pública, possui pós-graduação. É batista e reside na Zona Norte do Rio de Janeiro no bairro da Penha. Planejou um parto “normal” na primeira gestação. Chegou a conhecer e frequentar o grupo de gestantes nessa ocasião, mas devido a diversos fatores acabou parando de ir aos encontros do grupo. Apesar da gestação sem complicações e de sua médica do plano de saúde aceitar realizar o parto “normal”, acabou tendo uma cesariana. Após essa experiência, começou a procurar informações sobre o assunto. Na segunda gestação planejou parto domiciliar. Voltou a frequentar o grupo de gestantes e logo procurou uma equipe “humanizada” para acompanhá-la no parto em casa. No final da gestação teve alguns sangramentos e foi detectado que estava com placenta baixa. Isso impossibilitou seu parto domiciliar. Então, começou a planejar com 38 semanas um parto hospitalar “humanizado”. Foi atrás de uma nova equipe para acompanhar seu parto no hospital. Seu segundo parto foi vaginal realizado embaixo do chuveiro do seu quarto no hospital.

#### 2.2.5 Eduarda

Tem 36 anos, casada, agnóstica, professora de história na rede pública e possui mestrado. Mora na Zona Norte do Rio de Janeiro, no bairro da Tijuca. Desde o início da primeira gestação desejava um parto “normal” e procurou um médico do plano de saúde que aceitasse sua escolha. Por fim, teve uma cesariana. Na segunda gestação decidiu que iria querer um parto “humanizado” e começou a frequentar o grupo de gestante. Foi acompanhada por uma equipe humanizada e teve seu segundo parto numa maternidade pública da cidade. Apesar de o parto ter sido “humanizado”, ficou insatisfeita com algumas intervenções e condutas médicas.

### 2.2.6 Paula

Tem 29 anos, é de Goiânia e reside na Zona Oeste do Rio de Janeiro, no bairro de Jacarepaguá. Não está trabalhando e pretende se dedicar a ser “mãe”. Possui ensino superior completo em moda e especialização. Sua formação é católica, porém desenvolve sua espiritualidade através da cromoterapia e de princípios da filosofia oriental. Na primeira gestação queria um parto “normal”. Fez o acompanhamento com um médico amigo da família e teve uma cesariana. A segunda gravidez foi 10 anos depois. Durante a segunda gestação decidiu que queria ter um parto “natural” e começou a pesquisar grupos de gestante e equipes que realizassem o parto “humanizado”. Com 35 semanas mudou de médico e com o auxílio da nova equipe planejou um parto “normal” hospitalar. Teve um trabalho de parto longo e recebeu anestesia, por fim, sua filha nasceu de parto “normal”.

### 2.2.7 Mariana

Tem 30 anos, casada, católica, nascida em Fortaleza. É psicóloga, tem doutorado e trabalha como professora. Mora no Grajaú, Zona Norte da cidade. Na primeira gestação desejava um parto “normal”. O pré-natal foi feito quase todo em Fortaleza, quando se mudou para o Rio de Janeiro estava com 8 meses de gestação. Nessa ocasião teve uma crise renal e a família veio visita-la para ajudar e acompanhar o parto. Teve um parto “normal”, porém com intervenções que considerou desagradáveis. Na segunda gestação quis um parto “humanizado” e começou a frequentar o grupo de gestantes. Fez o pré-natal no Hospital da Aeronáutica (seu marido é militar), porém, como o parto anterior tinha acontecido nessa mesma instituição, optou por dessa vez procurar outro local para o parto. Teve sua filha de um parto “humanizado” em uma maternidade pública da cidade.

### 2.2.8 Cintia

Tem 31 anos, ensino superior completo em cenografia e possui união estável. Mora em Laranjeiras, na Zona Sul do Rio de Janeiro. Já trabalhou com iluminação e antes de engravidar do segundo filho trabalhava como doula. Não tem religião, mas desenvolve a espiritualidade através de medição e outras práticas. A primeira gestação não foi planejada, mas ela desejava um parto “normal”. Realizou o pré-natal e o parto pelo plano de saúde. Sempre foi obesa e durante a primeira gestação a médica não aceitava fazer o parto normal por conta de seu peso. Então, mudou de médica com 5 meses. A nova médica aceitou realizar o parto normal, porém teve pressão alta no final da gestação e o seu filho esta sentado. Acabou fazendo uma cesariana. No pós-parto teve uma “leve” depressão e dificuldades para amamentar. Após o parto se tornou voluntária em um grupo que promove cinema para mães e seus filhos. Assim conheceu outras mulheres com experiências de vida diversas. Com isso começou a frequentar o grupo de gestante e a fazer um curso de doula. Planejou a segunda gestação e dessa vez queria um parto domiciliar. Como teve pressão alta e não poderia ter o parto em casa, então, começou a planejar o parto “humanizado” hospitalar. No final da gestação teve diabetes gestacional e a médica aconselhou a indução do parto por segurança. Após o longo trabalho de parto em que foram realizados procedimentos inicialmente indesejados, acabou tendo uma cesariana.

### 3 CAMINHOS E TRAJETÓRIAS

Renata teve uma primeira gestação bastante tranquila e desde o começo sabia que queria ter um parto normal. Nesta época começou a frequentar o grupo de gestantes, porém, julgou que não era muito necessário uma vez que desejava o parto normal e considerava não haver muita dificuldade nisso. Achava que o grupo era mais voltado para pessoas que desejassem parto domiciliar ou “algo diferente”. Como estava envolvida em outras atividades durante a gestação parou de ir aos encontros do grupo, afinal, “é normal ter um parto normal”. Próximo da metade da gestação, Renata trocou a médica obstetra do plano de saúde. Quando disse que gostaria de ter um parto normal, a médica “começou a colocar um pouco de empecilhos”. A médica disse: “você pode não conseguir vaga no hospital que você quer”. Ela respondeu que tudo bem, poderia ter uma segunda opção de hospital. Mas, a médica insistiu: “É, mas a segunda opção pode estar cheia também”. E acrescentou: “mas eu posso também não conseguir chegar. Eu posso estar em plantão em outro lugar”. Renata afirmou não ter problema e que poderia ter o parto com um plantonista. Achou estranho todas essas dificuldades estabelecidas pela médica. Por fim, a médica concordou com o parto normal. Mas, logo avisou que não faria parto normal sem nenhuma analgesia, pois “não iria fazer o parto com uma mulher gritando de dor”. Quando perguntou se poderia ter um fotógrafo, a médica disse: “fotógrafo pra tirar foto de você lá de perna aberta? Não, não pode. Só se for cesárea”.

Quando entrou em trabalho de parto foi para o hospital, a médica realmente estava de plantão em outro lugar e não foi atendê-la. Foram para o hospital apenas Renata e seu marido. Com oito centímetros de dilatação foi informada que “a neném não encaixou ainda e está formando um galo na cabeça dela, ela está ficando com a cabeça torta. Você está maltratando já a sua filha, a gente precisa tirar ela daí. Não dá para ficar mais”. Ao saber disso, ela aceitou fazer a cesárea. Achou a experiência “horrível porque estava muito longe do que queria para o parto”. Não pode segurar a filha, apenas a mostraram. Levaram ela para o berçário e Renata só a viu novamente depois de seis horas. Não pode pegar a filha no colo nem dar de mamar durante esse período. Sem conseguir dormir enquanto esperava a filha voltar do berçário, ela pediu ao marido para ver o que tinha acontecido com sua filha. “Porque aconteceu alguma coisa, minha filha deve ter morrido!”, disse a ele. Após isso, sua filha veio para o quarto. “Mas ficou aquela sensação de... não era isso que eu queria”. A partir disso, Renata começou a se informar sobre parto, ler relatos, ver vídeos e

participar de grupos virtuais sobre parto normal. Assim, percebeu que “podia ser diferente sim. Que tinham... eu acho que eu fui me sentindo meio enganada. Não precisava ter feito aquela cesárea”. Quando sua filha estava com um ano e cinco meses, descobriu que estava grávida novamente. Contou ao marido e imediatamente avisou que iria frequentar o grupo de gestantes. Ela queria um parto em casa. “Dessa vez vai ser radicalmente diferente! Não quero passar por aquilo de novo”.

No grupo de gestantes, encontraram com um casal conhecido que tinha realizado o parto domiciliar. Rapidamente pegaram os contatos da equipe que tinha acompanhado o parto deles. Conseguiram marcar com a enfermeira obstetra. O pré-natal foi todo feito em casa com consultas domiciliares. Até que com seis meses de gestação Renata começou a ter pequenos sangramentos considerados normais. Era apenas “o corpo se preparando” para o parto. Com nove meses, teve um sangramento mais intenso e foi novamente para o hospital fazer exames. Dessa vez foi informada que a placenta estava muito baixa e isso causava os sangramentos. Ouviram os batimentos cardíacos da sua filha e estava tudo bem. Logo ela quis saber se isso atrapalharia o parto normal “e a médica do plantão falou: ‘Não, não vai dar pra ter um parto normal, mas pode ficar tranquila, seu bebê está bem’. Mas eu não fiquei mais tranquila depois disso, né? Quando ela falou isso eu já não escutei mais nada que ela dizia”. Renata não conseguia acreditar que chegou até aquele ponto para ter uma cesariana novamente. “Eu ficava: ‘Não gente, corte não! Cesárea não! É tudo que eu não quero. Não é possível eu ter chegado até aqui, aos quarenta e cinco minutos do segundo tempo para fazer uma cesárea de novo. Não, não pode isso!’”. Saiu do hospital “meio desolada” e foi conversar com sua enfermeira obstetra. Conversando com ela sobre o resultado dos exames descobriu que poderia sim ter um parto normal, porém, o parto domiciliar estava descartado. Renata lembra que:

Eu fiquei muito triste porque eu passei a gestação inteira me preparando para o parto domiciliar. E nesse dia, a banheira já estava em casa, ela já tinha emprestado. Eu já estava com 38 semanas. A gente já tinha alugado o oxigênio, preparado a toalha, já estava tudo pronto. Os móveis já tinham mudado de lugar pra poder comportar melhor o parto. E aí eu descobri que não ia poder ser em casa. Fiquei muito triste, chorei horrores.

Diante da possibilidade de ainda ter um parto normal, Renata foi procurar uma equipe para acompanhá-la no hospital. Desistiu do “plano B”, pois considerou que a maternidade pública que tinha cogitado inicialmente poderia fazer cesariana caso a placenta dela estivesse mais baixa. Decidiu não arriscar deles “não esperarem, não me darem nem a oportunidade de tentar um parto normal”. Conseguiu correndo uma médica

obstetra humanizada para acompanhar o parto normal na maternidade e uma doula<sup>11</sup>. Renata teve seu parto normal hospitalar embaixo do chuveiro.

### 3.1 Primeiro parto e seus problemas

O trecho do relato de Renata apresentado acima ilustra a experiência das outras entrevistadas e, de forma geral, de uma parcela grande das mulheres que participam do grupo de gestantes onde ocorreu o trabalho de campo desta pesquisa. É muito comum que mulheres que busquem parto normal (ou natural) relatem o desejo de ter essa modalidade de parto desde a primeira gestação, ou mesmo antes. A visão de que “é normal ter um parto normal” surge constantemente nos relatos. A percepção do parto vaginal como mais normal ou mais fisiológico é amparada por uma noção da mulher como essencialmente pronta para gestar, parir e amamentar. Pensamento este que é amplamente divulgado no grupo de gestantes e contribui para sua propagação. Porém, tanto no grupo de gestantes quanto nas entrevistas, existe a compreensão de que geralmente as decisões médicas tiram a autonomia da gestante. O que acaba atrapalhando o processo “normal” da mulher dar à luz. Isso transparece inclusive na forma como as mulheres do grupo de gestantes e as entrevistadas distinguem o parto normal (ou natural) da cesariana. Elas se referem ao ato de “parir” ou “dar à luz” quando o parto é vaginal, essas expressões não são utilizadas quando o parto acontece por meio de cirurgia cesárea.

Por mais informações que as mulheres acumulem ao longo de toda a gestação, às vezes, desde o primeiro parto, nem sempre isso é suficiente para que elas consigam ter o parto desejado e planejado. É comum as mulheres considerarem que não conseguiram ter o parto da forma que queriam na primeira gestação por falta de informação ou de segurança, como afirmou uma entrevistada:

A gente chegou a pensar em parto “humanizado”, parto domiciliar e tal, mas o medo do início, da primeira vez... não deu pra esse projeto ir adiante. E aí, a gente também estava muito cru. Eu e meu marido, as coisas que a gente sabia estava começando a pesquisar. (Débora)

Outro fator considerado como uma barreira que impede o parto normal das

---

<sup>11</sup> Mulher que dá suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto, não possui formação específica e não substitui os profissionais que dão assistência ao parto nem pode realizar procedimentos médicos. Em ambientes hospitalares, por exemplo, sua função é diminuir a distância entre a equipe médica e a gestante. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

mulheres é a estrutura de assistência ao parto, identificado em certos momentos como “sistema”. As mulheres do grupo de gestantes e as entrevistadas reconhecem na dificuldade de terem o parto normal a falta de informação sobre este tipo de parto, a conduta médica de realizar cesarianas de forma considerada por elas como “desnecessária”, além da facilidade que a cesárea representa tanto para médicos como para planos de saúde devido a sua rapidez e possibilidade de agendamento. Embora as mulheres entrevistadas relatem que já desejavam ter um parto normal desde a primeira gestação, elas afirmam que não imaginavam que seria tão difícil ter o parto que queriam, como Rosa afirma: “não tinha noção da crueldade do sistema”.

O primeiro parto percebido como “ruim” leva muitas mulheres que frequentam o grupo de gestantes, e também as entrevistadas, a buscar um parto diferente, o parto normal como elas imaginavam ou gostariam. Rosa relata que "na minha cabeça existia o parto normal, que era o natural, que é o sem intervenção e a cesárea. Eu não sabia da existência do parto normal cheio de intervenções". Foi durante a primeira gestação, em especial durante o primeiro parto que Rosa soube que o parto normal pode ter “intervenções”. Essa expressão geralmente é utilizada para falar de procedimentos que ocorrem durante a gestação ou o parto sem que a gestante saiba ou possa participar da decisão sobre o que será feito. No seu primeiro parto foi utilizada ocitocina sintética, anestesia, episiotomia, puxo dirigido e manobra de Kristeller<sup>12</sup>, por fim seu parto normal aconteceu com ela deitada. Na hora de colocar o soro com ocitocina, o médico errou e atingiu o nervo do dedo da Rosa. Isso a deixou assustada e com mais medo. Segundo ela, “foi tudo muito traumático”.

O relato de experiências “traumáticas” na primeira gestação acontece frequentemente. Silvia conta algo parecido, que o primeiro parto era um desconhecido. Considera que o pós-parto foi o pior momento da primeira gravidez. Sentiu muitas dores e dificuldades com o pós-operatório da cesariana sendo este o seu maior “trauma” e “não o processo da cesariana em si”. A partir desse momento se interessou pelo tema da cesariana e do parto normal e foi pesquisar o que estava acontecendo com ela.

Eduarda comenta que já contou muitas vezes o relato de seu parto e que decidiu não escrevê-lo como a maioria das mulheres faz. Ela prefere contar pessoalmente sempre que alguém perguntar. Inclusive conheci todas as mulheres entrevistadas nessa pesquisa quando deram seus relatos de parto no grupo de gestantes. O fato de contarem várias vezes como

---

<sup>12</sup> Manobra de Kristeller é uma manobra obstétrica executada durante o parto que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de acelerar a saída do bebê.

foi o parto faz com que as mulheres acabem ressignificando a própria experiência, principalmente no caso da primeira gestação e do primeiro parto que já aconteceram há mais tempo. Quando elas contam e recontam a história de seus partos fazem também um ajuste do relato em decorrência do próprio contexto de interação em que é dito.

As narrativas de experiências feitas pela própria pessoa remetem tanto à vida atual com esse passado quanto à experiência ocorrida no passado. Assim como o passado se constitui a partir do presente e do futuro antecipado, o presente surge a partir do passado e do futuro a que se visa e se anuncia. E, assim, narrativas biográficas informam tanto sobre o presente do(s) narrador(es) quanto sobre seu passado e sua perspectiva em relação ao futuro. (ROSENTHAL, 2014, p. 247)

A experiência de Débora é bastante emblemática do processo pelo qual algumas entrevistadas passam na busca por um parto normal na primeira gestação. Todo o planejamento realizado durante a gestação acaba tendo como reflexo um distanciamento entre o que foi imaginado e como as coisas realmente aconteceram. As expectativas em torno do parto eram elevadas e nem sempre ocorreram como o planejado.

Então, assim, quando a gente começou... quando a gente decidiu que ia engravidar a gente começou a visitar os obstetras. Ainda estava naquela de tentar achar um do plano de saúde. Então, a gente ficava procurando um do plano de saúde. Visitei vários, vários, vários. E na época encontrei um que estava assim bem falado e tinha no meu plano de saúde. Aí, a gente encontrou esse. Eu fiquei superanimada, fiquei superfeliz. Tá. Foi antes de engravidar. Quando eu engravidei e aí a gente foi nele pra primeira consulta, ele passou o beta e eu fiz pra confirmar que estava grávida. Aquela coisa toda. E aí, quando eu estava com a segunda consulta marcada a secretária me ligou pra dizer que ele havia se descredenciado do meu plano de saúde. Aí eu dei um ataque grávida total. Assim, chorei, reclamei, gritei. Falei: ‘Que absurdo! Ele não podia ter... há quanto tempo já sabia que ele ia descredenciar?’. Já tá há quase um ano no processo. Eu falei: ‘Pô, sacanagem! Quando eu fui falar com ele eu expliquei que estava procurando, ele podia ter aberto o jogo e falado “olha, eu tenho seu plano, mas não vou ter mais. Assim, já estou em processo de me descredenciar e tal”’. Então eu fiquei com muita raiva dele por não ter falado antes, eu podia ter me preparado. Que era o que eu estava tentando fazer, me planejar. E porque é... ele podia ter me recebido na consulta e falado diretamente comigo. Achei uma covardia muito grande. E pô já tinha dado maior trabalho pra procurar antes da gestação e agora eu ia ter que passar por tudo aquilo grávida e era o que eu não queria. Eu fiquei muito brava. E era um médico bom, mas eu fiquei brava com ele demais. E aí eu via que assim, não tinha jeito. Eu já não tinha encontrado nenhum mesmo no plano de saúde e eu ia ter que partir pro particular. Você vê, se ele tivesse sido verdadeiro comigo eu teria ficado nele porque eu tive que procurar particular de qualquer jeito. Mas eu fiz questão de não ficar com ele porque eu perdi a confiança. (Débora)

As emoções surgem em diferentes contextos, aqui se apresentam quando o planejamento e expectativa do casal, principalmente da gestante, foi interrompido por um acontecimento inesperado. A raiva de Débora surge em relação ao médico que atrapalhou toda sua organização e assim frustrou seu planejamento. Isso significou para ela uma grave ruptura de confiança com o médico. A confiança e a boa relação com os profissionais de saúde, em especial o médico, é algo bastante enfatizado pelas mulheres entrevistadas.

### 3.2 “Está escrito na tua testa: sou cesarista”

Existem muitos sinais utilizados pelas mulheres que frequentam o grupo de gestantes para identificar o médico “cesarista”<sup>13</sup>. Médicos que não aceitam a presença da doula, que pedem exames “demais”, que colocam obstáculos, mesmo que pequenos, para a realização do parto normal, esses são alguns indícios de que o médico seria “cesarista” apesar de inicialmente ter concordado com o parto normal. Esses sinais são percebidos como claros pelas mulheres que já conhecem o parto “humanizado” porque médicos “humanizados” não teriam a conduta de pedir exames que são considerados desnecessários, a fim de monitorar e controlar toda a gestação. Nessa visão, quanto menos intervenções e exames houver ao longo da gravidez, menor será a possibilidade de ocorrerem interferências na hora do parto. Essa é a grande preocupação das mulheres que buscam o parto “humanizado”.

No questionamento da conduta médica pode-se recorrer às informações contidas nos mais diversos meios, desde artigos na internet até as conversas realizadas durante os encontros do grupo de gestantes, com o objetivo de formar uma opinião e avaliar se o que o médico disse procede ou não e, então, decidir se deve seguir a sua orientação ou mesmo se deve continuar realizando o pré-natal com aquele médico. O grupo de gestantes desempenha um papel importante nesse sentido, pois nele as mulheres podem contar situações pelas quais passaram e pedir conselhos, ouvir relatos de experiências de outras mulheres e tirar dúvidas com doulas – que geralmente são vistas como pessoas que conhecem melhor do assunto por estarem envolvidas diretamente com o tema e estudarem sobre a área. O grupo de gestantes serve também como um local de consulta e apoio para elas esclarecerem dúvidas e só então tomarem uma decisão sobre o que fazer, por exemplo, em relação ao pedido do médico para um procedimento específico.

Na fala do grupo o principal argumento utilizado para discordar do posicionamento do médico “cesarista” é a natureza da mulher que permitiria que o parto ocorresse sem necessidade de constantes intervenções médicas. Uma noção muito difundida no grupo de gestantes e que também aparece na fala das mulheres entrevistadas é que o parto é fisiológico e faz parte da natureza feminina, portanto, a princípio, toda mulher está apta para “parir”. A função do médico seria apenas acompanhar a gestante para o caso de ocorrer

---

<sup>13</sup> Termo utilizado para identificar os médicos que comumente realizam cesarianas ou se posicionam a favor desta prática.

algum problema durante a gestação ou o parto, mas não de constantemente interferir e tratar a gravidez como doença afirma Rosa.

Portanto, a relação estabelecida entre médicos e pacientes ocorre muitas vezes de maneira tensa ou conflituosa. O entendimento de que o saber médico procura ter controle sobre um processo “natural” da mulher e que suas interferências acabam sendo prejudiciais para mãe e bebê formam uma imagem ruim dos médicos “cesaristas” que tradicionalmente participam desse momento da vida feminina. Além disso, encontrar médicos que estejam dispostos a realizar um parto domiciliar ou mesmo parto natural hospitalar não parece ser algo muito fácil diante da prática “cesarista” vigente no Brasil comprovada pelo alto índice de cesarianas realizadas no país.

Portanto, a busca por um(a) médico(a) obstetra “humanizado” pode ser uma tarefa difícil e demorada. Os médicos ou enfermeiras obstetras humanizadas geralmente não atendem por plano de saúde e é difícil encontrá-los na rede pública, assim, as mulheres interessadas no atendimento “humanizado” precisam buscar uma equipe que siga esse modelo de atendimento e, comumente, pagam mais caro por isso. Por vezes, os preços são uma barreira para que as mulheres possam ter um parto “humanizado”. Daí surgem estratégias como as adotadas por algumas mulheres do grupo de gestantes e também de algumas entrevistadas de procurar atendimento em uma maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro que ficou conhecida por ter um atendimento mais “humanizado” devido a alguns médicos que lá atendem e seguem o modelo de assistência humanizada do parto. A própria maternidade apresenta algumas diretrizes que privilegiam o atendimento “humanizado”.

A forma como as mulheres do grupo de gestantes geralmente se referem ao médico “cesarista” que aparentemente aceita e concorda em fazer parto normal é o chamando de “Ginecologista Obstetra Fofinho”. Remetendo assim ao fato do médico parecer ser algo ou concordar com algo que na realidade discorda. Isso demonstra que os conflitos de posicionamento ideológico estão presentes na hora em que se estabelece a relação médico-paciente. O médico é frequentemente percebido como uma figura que representa risco para a gestante que deseja ter um parto natural, a menos que este seja engajado nos ideais de humanização do parto e concorde que a medicalização indiscriminada é prejudicial para a mãe e o bebê. O que segundo as mulheres do grupo de gestantes é bastante raro, pois a formação dos médicos e a própria maneira como o sistema de saúde funciona, principalmente no setor privado, faz com que a cesariana seja a forma mais comum de parto realizado no Brasil.

Com a falta de incentivo dos médicos para ter um parto natural, as mulheres utilizam o grupo de gestantes para esclarecer dúvidas sobre como o médico está conduzindo o acompanhamento da gestação e mesmo para ter “certeza” de que o médico escolhido não está “enganando” ou tentando induzir a gestante a fazer o que ele quer. Na visão geral de quem participa do grupo de gestantes pesquisado a decisão médica de realizar uma cesárea quase nunca está pautada na necessidade real e com indicações clínicas para tal, mas sim no “comodismo” que marcar a cirurgia proporciona. Logo, se para realizar uma cesariana o profissional tenta convencer a mulher que deseja um parto natural com argumentos vistos como fracos, questionáveis ou falsos, a fim de usar o desconhecimento e/ou temores da gestante para persuadí-la, desrespeitando assim as vontades da mulher. Isso deve ser motivo suficiente, segundo a percepção das integrantes do grupo de gestantes, para que a mulher mude de médico. Existe o conselho de que a mulher deve mais do que nunca estar preparada e firme na sua escolha por um “parto natural sem intervenções” para não acabar cedendo às pressões médicas. O médico “cesarista” teria por hábito tentar dominar a situação do parto e tomar todas as decisões relegando a mulher a um segundo plano.

### 3.3 Traçando o caminho de um novo parto

Após a experiência do primeiro parto, as mulheres entrevistadas conseguem estabelecer estratégias para ter um parto “humanizado”. Isso implica em planejamento como Débora explica:

Então na segunda gravidez a gente sabia que queria uma experiência diferente. Eu queria que ninguém me enchesse o saco, principalmente. E eu já estava muito mais por dentro do mundo da humanização. Então, eu já tinha certeza que eu queria um parto domiciliar. Não tinha medo nenhum das possibilidades e já sabia quem eu queria que fosse da minha equipe. Nesse meio tempo eu fiz curso de doula. Me tornei doula também. Virei ativista, né. E aí, quando eu já estava querendo engravidar da minha segunda filha eu já fui falar com a Maria [enfermeira obstetra]: “Olha só, estou planejando engravidar! Qual é seu esquema pro ano que vem? Eu não posso engravidar quando você estiver viajando”. Ela me falou dos meses que ela ia tirar férias, ia ter congresso, não sei o que. E a gente tentou se acomodar. Apesar do que a minha filha veio 2 meses antes do que eu estava planejando. E aí, a nossa obra da casa acabou, a gente ia se mudar. Aí a ideia era já engravidar depois da mudança. Mas aí, a gente engravidou antes da mudança. Uma semana de casa nova e eu descobri que estava grávida dela. Aí já liguei logo pra parteira pra começar o pré-natal. E escolhi a médica de backup. No início foi a Joana [médica obstetra], mas aí acabou tendo outro backup porque a Joana estava viajando. Então assim, foi uma gravidez supertranquila. (Débora)

Renata também teve a preocupação de escolher um bom profissional para dar

assistência ao parto domiciliar que decidiu ter. Assim que soube que estava grávida começou a buscar o contato de uma enfermeira obstetra que pudesse acompanhá-la no parto em casa. Conseguiu a indicação de um casal de amigos que frequentava o grupo de gestantes. Ao entrar em contato com a enfermeira obstetra, a primeira providência solicitada por ela foi que Renata realizasse uma ultrassonografia para verificar com quantas semanas estava. Somente após isso a enfermeira poderia confirmar sua disponibilidade para acompanhar o parto. Como existe um número limitado de profissionais que atendem parto “humanizado”, acaba sendo necessário, em alguns casos, para o atendimento com profissionais mais requisitados um planejamento e verificação de agendas que precisa ser feita com bastante antecedência, como esses relatos demonstram.

O projeto inicial de Renata era ter o parto domiciliar, porém ele acabou não acontecendo devido a placenta baixa. Mas ela só descobriu isso no final da gestação. Durante a gestação enquanto planejava o parto domiciliar, segundo ela a reação do seu marido era de apoio:

Ele sempre apoiou porque quando eu falei que estava grávida, eu logo falei: “Olha, vamos ao grupo de gestante e vai ser em casa”. Porque durante esse um ano e cinco meses que eu já tinha a minha primeira filha, eu sempre estava lendo e vira e mexe eu mostrava alguma coisa pra ele, algum vídeo. E falava: “Olha que legal! Nasceu em casa. Olha esse relato!”. Assim, eu não faço a menor ideia até se ele lia, né. Eu acho que ele dava aquela passada de olho tipo: “Ah é amor, legal”. Mas ele já viu que não ia ter muito pra onde fugir, né. Então, ele topou a ideia comigo. Com relação à família, só quem sabia era minha mãe, meu pai e minha irmã. O restante da família não cheguei a comentar não, até porque eu queria evitar assim, de alguém ser contra e ficar falando. E disso me chatear. Então, os que sabiam me apoiaram sim. Minha mãe só perguntou se eu tinha me informado mesmo, se eu tinha certeza, se era isso que eu queria. “Você tá com profissionais que atendem bem esse tipo de parto e tal?”. Se sim, tudo bem. Vamos lá. Ninguém foi contra, ninguém falou nada não. Até porque não tinha muita gente sabendo, então... Eu não espalhei a informação porque era perigoso. Eu falei: “Ah, depois que nascer eu conto pra todo mundo. Parto em casa e tal!” (Renata)

Débora relata que envolveu toda a família no projeto de ter um parto normal, antes mesmo de engravidar.

A gente ainda era namorado e eu já me interessava pelo assunto de parto e gravidez e já ia falando as coisas pra ele [marido]. Lia as coisas e passava pra ele. Pros meus sogros, pros meus pais, pra minha avó, então, pra minha família inteira. Quando eu engravidei já estava todo mundo já sabendo que isso era bom, bacana. Eu até brinco que meus sogros viraram ativistas. Que quando alguém marca uma cesariana sem necessidade eles ligam pra mim e falam: “Oh, fulana... tadinho do neném. Esse neném tá muito grande, vê se pode?”. É engraçado. Foi bem tranquilo. Na minha primeira filha que eu tinha que ir ao banco de leite, eles que iam comigo porque eu não dirijo. E eles me levavam no banco de leite. Apoiaram muito a amamentação. Apesar de ninguém nem na minha família nem na do meu marido ter amamentado direito. Era a época da nestlé. Mas todo mundo apoiou muito. Acreditaram no que eu estava dizendo. (Débora)

Já Silvia fala da importância das consultas com a médica “humanizada” (e amiga

de infância que não encontrava há muito tempo) que a acompanhou na segunda gestação. Relata como foi “um momento quase terapêutico”, ao contrário do que acontecia com o médico obstetra na primeira gestação. Achou que iria “se sentir mais segura” com a amiga de infância e esta se tornou sua “melhor amiga durante o processo todo”. Entende que o obstetra “vai passar por toda a fisiologia da mulher” e, por isso, a mulher deve estar “muito à vontade para parir”. Na sua percepção, o médico que acompanha o parto está “conhecendo a minha alma”. Silvia considera que se enganou ao achar que tinha criado algum tipo de “relação” com o médico, mas só depois percebeu que isso não aconteceu na primeira gestação. “A gente tinha criado exatamente uma relação de consumo ali, com no final uma cirurgia e o pagamento de um anestesista”. Não ter construído uma relação de “intimidade” com o profissional que a acompanhava é algo que a incomoda.

Para Silvia “o parto continuava sendo um desconhecido na segunda gravidez” até que ela encontrou um livro sobre parto ativo que virou seu livro de cabeceira. Com este livro entrou “em contato com o universo de parir, como seria”, pois até então ainda tinha “medo de parir”. No final da gestação, Silvia decidiu ter uma doula por sugestão da médica obstetra. E “tinha que criar uma relação boa com a doula” em pouco tempo. Pois para ela,

“na hora de parir você quer estar cercada de mulheres, por incrível que pareça. É uma energia feminina. Os homens não entendem pelo que você está passando. Nunca vão ser capazes de entender. Então, obstetras homens precisam ser muito sensíveis para entender o que é aquela dor, para entender o que é aquele sofrimento, o que é aquela emoção”. (Silvia)

O poder de decisão da mulher é exaltado, uma vez que é ela quem vai parir. Portanto, sua vontade e decisão estão acima de qualquer outra. Nem o marido nem o médico podem fazer isso por ela. Assim, o marido acaba sendo em muitos momentos excluído do processo de escolha e de decisões importantes sobre a própria gravidez e o parto. O marido é percebido como uma figura fundamental de apoio, porém, a escolha final é sempre da mulher.

É comum as entrevistadas falarem que o marido participou do processo como alguém que apoiava as suas decisões e participava pouco, seja lendo um livro indicado por elas ou mesmo participando dos encontros no grupo de gestantes. Durante o parto a participação do pai também é pequena, ele geralmente fica enchendo a piscina ou algo assim. Nesse processo, a doula é a figura mais exaltada como fundamental para dar suporte e colaborar para que a mulher consiga realmente ter um parto normal “humanizado”. Por isso, em alguns relatos foi manifestada certa preocupação em ter uma boa relação com a doula. Renata diz que “todo mundo falava que a doula tem que ser alguém com quem você

tenha muita afinidade já, muita intimidade e tal. Eu falei: ‘Bom, eu tenho uma semana pra criar muita intimidade com a doula’”.

O processo de engajamento com o projeto de humanização do parto envolve a procura por informação (via livro, grupo de gestantes, internet) e por profissionais “humanizados”, o “empoderamento” da mulher, a mobilização do marido e da família, além do acompanhamento com uma doula. Tudo isso revela a grande necessidade de planejamento e antecipação desde o início da gravidez.

### 3.4 Experiência do segundo parto

A trajetória das entrevistadas permite observar que na prática as experiências, as gestações e os partos em si variam muito. Renata queria muito que seu segundo parto fosse domiciliar e assim o planejou durante boa parte da gestação, porém, nas últimas semanas ficou sabendo que devido à placenta baixa e aos sangramentos decorrentes dela teria que realizar o parto no hospital. O mesmo aconteceu com Cintia, que inicialmente planejou o parto domiciliar após sua cesariana, no entanto, devido ao quadro de hipertensão e diabetes gestacional que apresentou não pode realizar o parto domiciliar que desejava e planejava. Acabou seguindo para o “plano B”.

O parto domiciliar só é aconselhado para gestantes de baixo risco. Assim, sempre que surge algum problema durante a gestação a possibilidade da realização desse tipo de parto é colocada em questão. Justamente por isso as mulheres que optam pelo parto em casa têm a prática de manter um “plano B”, uma equipe disposta a atendê-la no hospital, que é chamada de “*backup*”, assim, caso ocorra algum problema durante a gravidez, ou mesmo para uma possível transferência da casa para o hospital na hora do parto, se for necessário. Apesar dessas possibilidades já serem conhecidas pelas gestantes, isso não diminui a frustração que sentem. Cintia relata que ao saber da mudança para um parto hospitalar e da necessidade de indução do parto, sua reação foi chorar, chorou muito. Depois foi conversar com a médica “humanizada” que iria acompanhá-la no hospital e sentiu muita segurança quando a médica lhe disse: “vamos até as últimas consequências por um parto”. Isso deu confiança para Cintia e “essa frase ficou martelando na cabeça” dela.

O relato do segundo parto da Débora traz algumas questões interessantes sobre o

parto domiciliar:

Quando era umas onze horas, meia noite que a coisa começou a pegar. Acho que a Vitória [doula] chegou lá em casa mais ou menos nesse horário e aí as contrações foram se intensificando. Eu comecei a ficar realmente desconfortável e as contrações foram ficando cada vez mais doloridas. Aí quando encheu a banheira eu fui pra banheira. Eu amo a banheira. A sensação da banheira era de não vou sair daqui nunca mais. Porque a banheira alivia o peso. Acho que o que estava mais me incomodando é que eu estava pesada, estava desconfortável e meu joelho estava doendo. Na banheira a água ficava me sustentando, aliviava meu peso mesmo. E aí eu não lembro que horas a Maria [enfermeira obstetra] chegou nem que horas a fotógrafa chegou. Eu sei que uma hora eu olhei e elas estavam ali. Na banheira as contrações eram muito mais confortáveis e eu senti o círculo de fogo que na minha primeira filha eu não senti. Tudo arder, arder. Muito quente. Botei a mão e já senti a cabecinha dela ali. Aí eu: “Aí meu Deus, eu não vou aguentar! Eu não vou aguentar!”. O meu marido diz que quando eu falei isso, ele olhou pra Maria e perguntou: “Tá nascendo, não tá?”. E ela: “Tá!”. Aí eu botei a mão e senti a cabecinha dela, senti os cabelinhos. Aí eu amparei. Eu senti que meu períneo estava muito esticado e eu estava com medo de lacerar. Aí eu lembrei que na minha primeira filha eu empurrei com muita força e lacerei. Eu não queria fazer isso de novo, então eu esperei mesmo o corpo empurrar. Botei a mão, empurrei ela um pouquinho pra cima na tentativa dela não descer muito rápido. E aí eu segurei, mas quando veio a contração ela nasceu toda de uma vez só. Nem foi duas, foi uma contração só. E aí, eu amparei. Eu peguei. Eu agarrei! Falei: “Ah meu bebê, meu bebê!”. Ninguém tocou! Não tive toque vaginal também hora nenhuma, né. Ai, tão mais confortável! Aí ela saiu, ela estava com duas voltas no cordão. Eu consegui tirar uma e a outra eu não estava conseguindo. Aí a Maria veio e me ajudou a tirar a outra volta. Aí eu agarrei ela, segurei. “Aí eu te amo! Eu te amo!”. Ela era exatamente do jeito que eu tinha imaginado. Eu imaginava que ela ia ser assim, moreninha e com cabelo pretinho. Ela era do jeitinho que eu tinha imaginado na minha cabeça [...]. Antes de eu levantar da banheira eu pedi pra chamar a Carol [filha mais velha] que estava dormindo, né. Assim que a bebê saiu e desfez a circular, eu falei: ‘Chama a Carol!’. O meu marido foi lá acordar a Carol. Aí trouxe a Carol com aquela carinha de sono e quis voltar a dormir. Mas não durou nem 3 minutos e ela voltou. Acho que ela despertou. Aí eu levantei da banheira e fui pra cama. Ela sentou na cama comigo e ficou mexendo no cordão umbilical. A maior curiosidade dela era ver o cordão umbilical. Então ela sentiu o cordão pulsando. Botou a mão. Aí eu fiquei explicando pra ela como é que era. Ainda estava ligado lá dentro né, a placenta não tinha saído. Aí a bebê mamou. Eu fui sentar de cócoras pra esperar a placenta sair porque já tinha passado uma meia hora eu acho. Aí quando eu sentei na banquetta, rapidinho a placenta saiu. A bebê continuou mamando. E depois que a placenta saiu a gente colocou numa bacia e aí eu sentei numa cama mais confortável. E aí a Carol que cortou junto com o pai o cordão. É duro, né. A Carol não conseguiu cortar sozinha. Pulsou bastante tempo, acho que mais de 3 minutos. Eu só queria cortar depois que a placenta tivesse saído porque sabe que acabou realmente, né. Ele já estava fininho assim, da finura de um dedinho. Aí quando a placenta saiu eu pedi pra Maria mostrar, explicar pra gente. Aí ela mostrou o lado do bebê, a face do bebê, a da mãe. A bolsa, né. Dá pra puxar a membrana pra ver, né. Aí ela mostrou pra Carol: ‘Olha Carol, a neném estava aqui dentro nessa parte. Essa parte estava cobrindo ela e essa estava cobrindo a mamãe’. Eu era doída pra ver a placenta com calma, né. Porque no parto da Carol eles levaram embora e eu não vi, né. (Débora)

O parto domiciliar como um evento familiar com espaço para que a família possa participar é algo muito presente na fala das entrevistas e também do grupo de gestantes. A possibilidade de decidir quem irá participar desse momento e de não ter interferências externas indesejadas como de enfermeiras e outros profissionais é considerado um dos

principais diferenciais em relação ao parto no hospital. A casa, além de ser um ambiente conhecido e mais acolhedor, permite que toda essa dinâmica relatada por Débora possa acontecer. A percepção de que a filha nasceu em um lugar onde só existe afeto e carinho estabelece uma forte oposição à visão que se tem do ambiente hospitalar. Renata aponta outra vantagem do parto domiciliar:

Já marcamos o pré-natal ali mesmo na primeira consulta e fizemos o pré-natal todo em casa, né. Ela vinha nas consultas domiciliares. Também completamente diferente de fazer com médico, de ficar enfrentando fila em consultório de médico pra fazer o pré-natal. Ela vinha na nossa casa, foi tudo completamente diferente a gestação inteira. (Renata)

Esses exemplos mostram que cada gestação e parto passam por processos particulares, o que os torna experiências difíceis de serem reproduzidas de forma fidedigna aos modelos considerados como ideais. Cintia relata que se inspirou muito na experiência de uma amiga que recentemente tinha passado por um parto domiciliar. Essa amiga também era obesa e isso dava esperanças para ela de que seria possível apesar da obesidade ter um parto em casa. Mesmo que muitas vezes isso seja visto como um empecilho para esse tipo de parto. E conta como ficou incomodada quando mesmo com todo esforço e empenho para ter um parto natural não conseguiu. Após mais de 40 horas de indução do parto, fez uma cesariana. E ficou por muito tempo se sentindo mal e tentando entender porque sua amiga conseguiu um parto natural e domiciliar e ela não. Buscando entender o que nela “falhou” para que não conseguisse realizar o parto que desejava.

Assim, quase sempre surgem acontecimentos imprevistos ao longo da gestação ou do parto que somados à subjetividade fazem da experiência de cada mulher algo único. Transformando os modelos e relatos de partos de outras mulheres em algo difícil de ser seguido. Apesar de em muitos casos os relatos de parto ainda servirem de guia para orientar as mulheres sobre o que pode vir a acontecer com elas quando estiverem passando pelo mesmo processo, esses relatos ou modelos de um parto ideal nem sempre podem ser seguidos ou se enquadram na vivência da mulher quando de fato está passando por aquela situação, seja ao longo da gestação ou do parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da ampla experiência que a gravidez representa na vida da mulher, englobando questões referentes à sua subjetividade, corpo e relações familiares, chama atenção o fato de o parto ser o momento dentro da gestação que ganha grande destaque das gestantes, como acontece nesta pesquisa e já foi observado em outros trabalhos (Almeida, 1987; Hirsch, 2015; Salem, 2007; Rezende, 2009).

Entre as informantes da geração das mães dos anos 50, sobressaía a questão do parto como momento culminante de expressão e materialização da maternidade; ou seja, instituía-se a diferenciação precisa entre mãe e filho a partir do ato do nascimento em si. Entre as gestantes dos anos 80, observa-se que as futuras mães já se conhecem como mães, sentem-se mães, muito antes de se tornarem mães, através dos encontros intensivos de preparação, onde a problematização da gravidez atinge proporções ilimitadas, e que a ‘vivência’ do filho dentro da barriga já estabelece de antemão, para a mulher, a percepção de que ela é mãe, tendendo, pois, a diluir ou mesmo a desmontar as diferenciações entre as categorias de mãe e filho, que tinham como suposto a passagem distintiva do nascimento (ALMEIDA, 1987, p. 82).

A ênfase dada ao parto passa por oscilações geracionais, como demonstra o trecho acima. Embora para o grupo estudado por Almeida na década de 80 o parto tenha recebido menor atenção, uma vez que a gravidez já era um estágio da maternidade (Lo Bianco, 1985), no grupo de gestantes acompanhado e nas entrevistas que fiz o foco no parto é significativo. Considero que a permanência do tema parto na atualidade seja efeito do fato de que, como afirma Rezende, para as gestantes dos anos 80 “a conjugalidade e as relações familiares de forma ampla estavam em questão, mas não a maternidade, para a qual a gravidez já se constituía em etapa significativa de vivência desta” (2009, p.13). Por isso, a permanência do parto como episódio centralizador da energia das mulheres ocorre devido à maternidade ser problematizada em relação às demais esferas da vida da mulher como trabalho, família e conjugalidade (Rezende, 2009), ou seja, por motivos distintos daqueles apresentados por Almeida (1987) para as gestantes dos anos 50 valorizarem esse momento. No caso específico do grupo de gestantes, creio que o parto tenha importância por representar a possibilidade de concretização do ideário de “humanizado” do parto.

A compreensão da gravidez como um processo “feminino e fisiológico”, como comentam as mulheres no grupo de gestantes e durante a entrevista, leva a compreensão de que o parto “humanizado” é uma forma de devolver o protagonismo da mulher durante a gestação e o parto e, conseqüentemente, promover o “empoderamento” feminino. É detectável em alguns momentos uma aproximação do discurso das mulheres do grupo de

gestantes com questões ligadas aos movimentos sociais vinculados ao feminismo. A própria autodefinição de militantes que algumas mulheres fazem e o caráter reivindicativo dos grupos a ela associados são sinais disso, no entanto, existe uma diferença significativa. Enquanto as mulheres (e homens) feministas defenderam, ao longo da história do movimento, a desconstrução da idéia de que “as mulheres são identificadas ou simbolicamente associadas com a natureza, em oposição aos homens que são identificados com a cultura” (Ortner, 1979, p. 101) o que lhes atribuiria características inferiores aos homens e as posicionaria hierarquicamente abaixo deles, as mulheres do grupo de gestantes apresentam uma visão que ao invés de afastar as mulheres das noções de natureza, em algumas circunstâncias, as reaproxima.

A noção da ação da natureza no corpo feminino é efeito de uma concepção de que a mulher é fisiologicamente preparada para dar à luz. Por isso, se torna necessário que a mulher grávida aprenda a observar seu corpo para que possa entrar em contato com a sua “natureza”, ouvindo o que seu corpo lhe diz através de “sinais” como os pródromos – contrações irregulares que acontecem durante a gestação –, afinal, “seu corpo já está treinando” para o parto. Essa espécie de corpo dotado de consciência surge na sociedade ocidental contemporânea como resultado da inserção do corpo na construção reflexiva do *self*. Isso implica num corpo que “fala” através de sinais – dores e aparência, por exemplo – e pode ser “ouvido” por meio da decodificação destes mesmos sinais. Como afirma Giddens, “a observação dos processos corporais faz parte da atenção reflexiva contínua que o agente é chamado a prestar a seu comportamento” (2002, p. 76).

Outra consequência da visão da gravidez como algo fundamentalmente feminino é a diminuição da participação paterna do processo e, até certo ponto, o isolamento da mulher de suas relações familiares durante essa etapa da vida. Em alguns casos, esse afastamento só começa a ser rompido no pós-parto quando, por necessidades práticas de cuidados com o bebê, a participação familiar é restabelecida. O fenômeno de afastamento da mulher em relação a sua família já foi observado por Almeida (1987), Hirsch (2015), Rezende (2011) e Salem (2007).

Apesar disso, a preocupação de fazer com que o marido se sinta “grávido” aparece na fala de algumas entrevistadas, porém, embora a participação paterna seja desejada e bem vista, ela também era percebida como algo que poderia atrapalhar. No grupo de gestantes era bastante enfatizado que por mais que o marido pudesse ajudar e participar, era importante que ficasse claro que as escolhas e decisões finais caberiam sempre à mulher.

Este trabalho demonstra, através das trajetórias das mulheres entrevistadas, o

caminho percorrido desde o primeiro filho até a mulher conseguir ter um parto “humanizado”. Esse processo passou pelo grupo de gestantes onde foi realizado trabalho de campo. O grupo de apoio à gestante possui um lugar fundamental na trajetória de cada uma dessas mulheres, pois serve de ponto de partida para que elas consigam ter um parto “humanizado”. Ponto de partida e ponto de chegada. As mulheres recorrem ao grupo para conseguir suporte e apoio para dúvidas e questões que surgem ao longo da busca pelo parto “humanizado”. Todas as entrevistadas comentam que o grupo de gestantes teve um papel importante nessa jornada, tendo em vista a dificuldade que elas encontraram para conseguir ter o parto “humanizado”. O desejo de ter essa modalidade de parto surge, ou se consolida, na medida em que as mulheres frequentam o grupo de apoio à gestante. É lá que o projeto de ter um parto “humanizado” se fortalece e ganha forma.

Em uma sociedade complexa moderna os mapas de orientação para a vida social são particularmente ambíguos, tortuosos e contraditórios. A construção da identidade e a elaboração de projetos individuais são feitas dentro de um contexto em que diferentes “mundos” ou esferas da vida social se interpenetram, se misturam e muitas vezes entram em conflito. A possibilidade da formação grupos de indivíduos com um *projeto social* que englobe, sintetize ou incorpore os diferentes projetos individuais, depende de uma percepção e vivência de *interesses comuns* que podem ser os mais variados, com já foi mencionado – classe social, grupo étnico, grupo de *status*, família, religião, vizinhança, ocupação, partido político etc. A estabilidade e a continuidade desses projetos supra-individuais dependerão de sua capacidade de estabelecer uma definição de realidade convincente, coerente e gratificante – em outras palavras, de sua eficácia simbólica e política propriamente dita. [...] Na medida em que um *projeto social* represente algum grupo de interesse, terá uma dimensão política, embora não se esgote a esse nível pois a sua viabilidade política propriamente dependerá de sua eficácia em mapear e dar um sentido à emoções e sentimentos individuais (VELHO, 1999, p. 33, grifos do autor).

É o engajamento com o projeto do parto “humanizado” que dá uma percepção de pertencimento e subversão do “sistema” para as frequentadoras do grupo de apoio à gestante. Ao aderir ao ideário do parto “humanizado”, as mulheres se associam também a um estilo de vida específico, com determinados códigos de relação com o corpo, a família, os médicos e consigo mesmas.

O parto vaginal é a modalidade de parto que se tornou símbolo do protagonismo da mulher no processo da gravidez, no entanto, este só ocorre como resultado de uma série de medidas que devem ser tomadas pela mulher ao longo da gestação – como apresentei ao longo deste trabalho. Dentre essas medidas, a redução dos procedimentos médicos vistos com “desnecessários” é a principal, pois seria a base para a retomada de controle por parte da mulher. A vinculação entre parto vaginal e protagonismo feminino aparece de forma marcante através de algumas diferenciações feitas pelas mulheres do grupo de gestantes e pelas entrevistadas por meio de termos como “parir”, que serve para indicar o parto vaginal,

e faz referência à proximidade com a natureza que esse parto proporcionaria. Exatamente esse é o objetivo de algumas mulheres do grupo de gestantes ao considerarem que por meio do parto vaginal irão resgatar um elo perdido entre si e sua própria natureza.

Geralmente, o desejo de ter um parto “humanizado” surge após a experiência do primeiro parto. A percepção da experiência do primeiro parto como ruim se configura na medida em que ele não corresponde às expectativas da mulher. No entanto, vários fatores podem servir para a criação desta percepção do parto “ruim”. Isso pode acontecer quando existe uma diferença entre o que a mulher esperava para seu parto e o realmente aconteceu, essa diferença muitas vezes é resultado de eventos clínicos imprevistos durante a gestação. Ou pode acontecer posteriormente, quando ao conversar com uma amiga sobre o parto ou ao começar a frequentar grupos de gestantes, a mulher revê sua experiência de parto e passa a percebê-la como algo “ruim”. Essa visão do parto pode estar associada ao fato de ter ocorrido efetivamente algum problema durante a assistência ao parto como um procedimento errado que causou dor à parturiente. Mas também há casos em que o fato do médico ter marcado uma cesariana eletiva ou dado uma justificativa clínica considerada insuficiente e/ou sem evidência científica para indicação, faça com que as mulheres ao perceberem isso reavaliem o parto. O grupo de gestante desempenha um papel importante neste processo, pois contribui para reformulação da experiência do parto.

As mulheres entrevistadas que passaram por cesariana apontaram a experiência como a principal causadora de desconforto tanto físico quanto emocional. Algumas das entrevistadas consideram que o pós-parto foi especialmente difícil em razão da intervenção cirúrgica propriamente dita, se estendendo também as limitações impostas pelo pós-operatório aos cuidados com o bebê. Esse último ponto é frequente nos relatos. A frustração sentida em função da separação entre a mãe e o bebê logo após o nascimento também é enfatizado. Deixar o filho “sozinho”, chorando, ou mesmo a impossibilidade de amamentar no momento desejado, incomodou as mulheres entrevistadas que passaram por cesariana. A cesárea é considerada um procedimento invasivo para a mulher e o bebê. O mal-estar vinculado à cesariana mais pela dor do pós-operatório que pela “cesariana em si” é frequentemente relatado. Mas, não é em todos os casos que a cesárea marca mais pela dor física.

Há também o relato de situações em que o fato de não ter passado pela experiência de parto desejada é o que marca fortemente a cesariana ou mesmo o parto natural com “intervenções”. Fica para algumas mulheres a sensação de que teve sua experiência incompleta e de que “faltou algo” no parto. Esse sentimento de perda e a impressão de que

alguma coisa poderia ter sido diferente no primeiro parto se torna o combustível para começar a estudar sobre parto normal e frequentar o grupo de gestantes. Alguns relatos apresentam o parto na primeira gestação como um evento desconhecido e que, por isso, pode levar a gestante a caminhos e decisões que, de outra forma, ela não escolheria. Talvez por esse motivo eu tenha ouvido de praticamente todas as entrevistadas que o seu primeiro parto e pós-parto não foram como esperavam.

A primeira gestação é algo novo o que explica o medo relatado por muitas mulheres. Nesse sentido, existe largamente difundido entre as adeptas do parto “humanizado” a ideia de que a informação é essencial para que as escolhas da gestante sejam respeitadas. Pois, o fato do Brasil ter índices elevados de cesariana dificulta que o parto natural ou “humanizado” aconteça. Somente a informação e o “empoderamento” da gestante tornaria possível ter a opção pelo parto vaginal respeitada pelo médico. Muitas das entrevistadas afirmam que só alcançaram essa “consciência” após a experiência da primeira gravidez. Depois de vivenciarem um parto que ocorreu de forma diferente da desejada, “descobriram” o significado do que ocorreu, ou seja, atribuíram sentidos novos à experiência.

Um parto “humanizado” com pouca participação médica em termos de utilização de instrumentos e medicamentos que possam interferir ou agilizar o processo do parto é o desejo das mulheres do grupo de gestantes e das entrevistadas, justamente por permitir que a dor do parto seja sentida e todas as suas fases sejam vivenciadas. Como Hirsch afirma, “a possibilidade de vivenciar um parto sem qualquer tipo de ‘intervenção’ é valorizada também enquanto experiência física, isto é, por suas sensações, as quais a mulher pode ter acesso apenas poucas vezes na vida”. (2015, p. 238). Assim, a dor do parto é exaltada como uma forma de viver efetivamente aquele momento, dando à experiência física do parto um papel importante no processo de aperfeiçoamento de si.

O protagonismo da mulher na hora do parto, sendo consultada e podendo escolher e decidir junto com a equipe que a acompanha os rumos da gestação e, principalmente, do parto é concebido como central no ideário do parto “humanizado”. Afinal, “parir” é visto como fisiológico e, portanto, “natural” e parte da “essência feminina”. O protagonismo no parto faz a mulher se sentir capaz, “guerreira” e, como várias afirmam, revela uma força que elas mesmas desconheciam. Essa é a sensação relatada pelas mulheres entrevistadas que tiveram o parto “humanizado”. Para as entrevistadas, ter um parto “humanizado” significa sentir segurança, respeito, ter suas vontades e escolhas respeitadas pela equipe médica que a acompanha. Nesse sentido, a assistência de uma equipe que compartilhe os

princípios do parto “humanizado” é essencial para que a mulher consiga ter o parto que escolheu e planejou.

A experiência do parto “humanizado” representa a capacidade de superação de limites do corpo e da dor. Todas as entrevistadas dizem ter descoberto uma força que não sabiam que tinham, conseguir ter o parto “humanizado” proporcionou a elas uma sensação de que poderiam fazer qualquer coisa. Por isso, todas relatam que gostariam de “parir” de novo. Poder passar novamente por aquela experiência prazerosa e transformadora é a vontade que relatam. Algumas de fato planejam engravidar novamente, porém, a maioria, por já ter dois filhos, afirma que sente vontade de ter um novo parto, mas não um novo filho. Por isso, muitas das mulheres que participam do grupo de gestantes, e algumas das entrevistadas, se tornaram doulas nesse processo. Assim, conseguem se manter próximas deste universo do parto “humanizado” que para elas se tornou tão significativo e importante. Esse desejo manifestado de ter um novo parto mais que um novo filho é extremamente curioso se pensarmos que ter um parto implica inevitavelmente em ter um filho, porém, pode-se concluir que essa fala tenta expressar algo que não é objetivo ou lógico, mas sim a vontade da mulher de “parir” sua força, de concretizar o que ela planejou, e o que dentro do ideário do parto “humanizado” é a expressão máxima da conexão da mulher com seu *self*. Dessa forma, o projeto de realizar um parto “humanizado” altera a percepção das mulheres sobre seu próprio *self* feminino.

As expectativas criadas ao longo da segunda gestação para realização do parto “humanizado” são grandes, pois, implica em preparo e planejamento desde o início da gravidez sobre um evento que nem a mulher nem a equipe médica tem controle. Assim, se torna razoavelmente comum que algo aconteça diferente do que foi planejado. Em alguns casos, o parto domiciliar virou um parto “humanizado” hospitalar, em outros o parto “humanizado” hospitalar virou cesariana. Quando isso acontece, se estabelecem novos dilemas e questões para as mulheres que compartilham o ideário do parto “humanizado”. O sentimento de frustração e a busca por descobrir o que “deu errado” no processo e no corpo da mulher surgem. Afinal, houve todo o preparo com uma equipe “humanizada” e doula, tudo estava planejado, tornando difícil entender os motivos do parto não ter ocorrido como o imaginado. Nesses casos, é ainda mais comum o relato de que a mulher deseja um novo parto para poder fazer nele o que não “conseguiu” fazer no anterior. Essa dissociação entre o parto planejado e o parto que aconteceu de fato gera muitas dúvidas e conflitos para mulher. O parto “humanizado” dificilmente se materializa de forma idêntica à esperada, isso traz para as mulheres a necessidade de reconstruir e ressignificar toda sua experiência

durante a busca pelo parto desejado. Segundo Campbell, na sociedade moderna existe uma lacuna entre o desejo e sua consumação:

A consumação do desejo é, portanto, uma experiência necessariamente desencantadora para o hedonista moderno, uma vez que ela constitui a “prova” do seu devaneio de encontro à realidade, com o resultante reconhecimento de que alguma coisa está perdida. A experiência real em pauta pode reproduzir prazer considerável, de que um pouco pode não ter sido antecipado, mas, apesar disso, muito da qualidade do prazer do sonho não pode deixar de estar ausente. De fato, quanto mais hábil o indivíduo é como um “artista do sonho”, tanto provavelmente maior será, então, este elemento de desencanto. Uma certa insatisfação com a realidade deve, portanto, assinalar o panorama do hedonista dedicado, uma coisa que pode, em circunstâncias apropriadas, inspirar uma guinada para a fantasia. É mais provável, contudo, que o sonho seja levado adiante e ligado a um novo objeto de desejo, de tal modo que os prazeres ilusórios possam, mais uma vez, ser reexperimentados. Dessa maneira, o hedonista moderno está continuamente se afastando da realidade, tão intensamente quanto a enfrenta, sempre lançando a tempo seus devaneios para a frente, ligando-os a objetos de desejo e então, subsequentemente, “desprendendo-os” desses objetos enquanto e quando estejam alcançados e experimentados. [...] Mas, no hedonismo moderno, a tendência a empregar a imaginação para aperfeiçoar os prazeres e projetá-los sobre a experiência futura significa que a pessoa provavelmente desejará aquilo de que não teve absolutamente nenhuma experiência. (CAMPBELL, 2001, p. 127-128)

Nesse sentido, o momento de materialização dos planos criados ao longo da gestação para um parto desejado, idealizado e perfeito deixa esse sentimento de que não foi como poderia ter sido. De que a experiência vivida não é tão plena quanto à experiência imaginada e projetada para o futuro. Essa sensação de frustração se materializa na vontade de ter um novo parto para viver nele o que não foi vivido no parto anterior.

A crítica à medicalização do parto e do nascimento, a busca por referências culturais alternativas para inspirar técnicas distintas de cuidado no atendimento ao parto, a presença de profissionais menos “tradicionais” identificados com terapias alternativas e a valorização da “natureza” são alguns dos elementos mais marcantes que compõem o ideário de humanização do parto. Nesse sentido, o posicionamento em defesa da humanização do parto e nascimento em relação às práticas hegemônicas de medicalização da saúde e às questões que dela decorrem são relevantes para refletir sobre os embates existentes ao redor da temática de regulação da vida.

## REFERÊNCIAS

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. Introduction. In: LUTZ, Catherine ; ABU-LUGHOD, Lila (orgs.). *Language and the politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p.1-23.

ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

AMARAL, Camila Manni Dias do. 2013. *Eu queria um parto igual aquele: Perspectivas e discursos sobre o parto domiciliar*. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

ARAÚJO, Clara. Feminismo e poder político, uma década depois. In: BIROLI, Flávia; MIGUEL, Luis Felipe (orgs.). *Teoria política e feminismo: abordagens brasileiras*. Vinhedo: Editora Horizonte, 2012. p.243-267.

ARIÈS, Philippe. *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio de Água Editores/Antropos, 1988.

BARBOSA, G. P et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias. *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, n.6, p. 1611-1620, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Relatório Anual Socioeconômico da Mulher*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. 2011. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto “humanizado”*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CAMPBELL, Colin. *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

COELHO, Maria Claudia ; REZENDE, Claudia Barcellos. *Antropologia das Emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

DAMATTA, Roberto. O ofício de etnólogo, ou como ter Anthropological Blues. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 23-35.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. *Birth as an American rite of passage*. [S.l]: University of California Press, 2003.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, Carmen Simone. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p. 627-637, 2005.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 21-30.

FAYA ROBLES, Alfonsina. “Da gravidez de risco às maternidades de risco. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres populares de Recife”. (no prelo), 2014.

\_\_\_\_\_. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas*, v. 15, n. 2, p. 190-213, 2015.

FIGUEIRA, Sérvulo A. Modernização da família e desorientação: uma das raízes do psicologismo no Brasil. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 142-146.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Sumário Executivo Temático da Pesquisa, 2014.

HEILBORN, M.L. et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1699- 1708, 2012.

HIRSCH, Olivia Nogueira. 2014. *O parto “natural” e “humanizado”*: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. “O parto ‘natural’” e “‘humanizado’” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, v. 15, n. 2, p. 229-249, 2015.

IVRY, Tsipy. *Embodying culture: pregnancy in Japan and Israel*. Rutgers University Press, 2010.

LoBIANCO, Anna Carolina. A psicologização do feto. In: FIGUEIRA, Sérvulo (org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 94-115.

LUTZ, Catherine. 1988. Emotion, Thought, and Estrangement: western discourses on feeling. In: *Unnatural emotions*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 53-80.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MAUSS, Marcel. As técnicas corporais. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e Antropologia*, Vol. II. São Paulo: EPU, 1974.

\_\_\_\_\_. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: FIGUEIRA, Sérvulo (org.). *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S. A., 1980.

MENDONÇA, Sara Sousa. 2013. *Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

MENEZES, Rachel Aisengart. A medicalização da esperança: reflexões em torno da vida, saúde/doença e morte. *Amazônica Revista de Antropologia*, v. 5, n. 2, p.478- 498, 2013.

ORTNER, Sherry. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, Michelle; LAMPHERE, Louise (orgs.). *A Mulher, a Cultura e a Sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 95-120.

RABINOW, Paul; ROSE, Nikolas. O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho Revista de Ciências Sociais*, n. 24, p. 27-57, 2006.

REZENDE, Claudia Barcellos. *Ansiedade e medo na experiência da gravidez*. Trabalho apresentado na VIII Reunion de Antropologia Del Mercosur (RAM), Buenos Aires, 2009.

\_\_\_\_\_. Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia. *Cadernos Pagu*, n. 36, p. 315-344, 2011.

\_\_\_\_\_. O parto em contexto: narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 214-228, 2015.

ROSE, Nikolas. Cidadãos biológicos. In: \_\_\_\_\_. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2013. p.188-220.

ROSENTHAL, Gabriele. História de vida vivenciada e história de vida narrada. *Civitas*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 227-249, 2014.

SALEM, Tânia. *O Casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de

Janeiro: Ed. FGV, 2007.

SILVA, Hélio. A situação etnográfica: andar e ver. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15. n. 32, p. 171-188, 2009.

SONTAG, Susan. *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TORNQUIST, Carmen Susana. 2004. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

\_\_\_\_\_. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista de Estudos Feministas*, v. 10, n. 2, p.483-492, 2002.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 36-46.

\_\_\_\_\_. *Individualismo e cultura: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

ZORZANELLI, R. T. et al. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, . 2014.