

Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe

Sonia Maria Giacomini¹  0000-0002-2435-5987

Olívia Nogueira Hirsch²  0000-0002-7611-8713

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22451-900 – ppgcis@puc-rio.br

²Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, CEP 22451-900 – gradcis@puc-rio.br



Resumo: A “humanização” da assistência ao parto vem se difundindo no Brasil nas últimas décadas, tendo se disseminado principalmente nas camadas médias urbanas. Através de sua incorporação ao sistema público de saúde, a proposta foi estendida também a mulheres de camadas populares, o que vem colocando alguns desafios e gerado questionamentos, sobretudo ao formato que tem assumido a assistência “humanizada” nas instituições públicas. A partir da análise de duas situações vivenciadas por mulheres de diferentes classes sociais (uma no setor público e outra no privado), o artigo busca refletir acerca das noções de parto “natural” e de parto “humanizado”, apontando como se configuram, em cada um desses contextos, diferentes percepções sobre “humanização” e, em decorrência, também sobre o que seria seu oposto: a “violência obstétrica”.

Palavras-chave: parto; assistência humanizada; classes sociais; violência obstétrica.

“Natural” and/or “Humanized” Childbirth? A Reflection from de the Class Perspective

Abstract: The proposal of “humanization” of childbirth care has gained ground in the last decades in Brazil, having spread mainly in the urban middle strata. However, through its incorporation into the public health system, the proposal was also extended to women from the lower classes. This reality has posed some challenges and has raised questions about the format that “humanized” assistance has assumed in public institutions. Based on the analysis of two specific situations experienced by women of different social classes (one assisted in the public sector and the other in the private sector), the article seeks to reflect on the notions of “natural” childbirth and “humanized” childbirth, pointing out, in each of these contexts, different perceptions about “humanization” and, consequently, also about the perception of what would be its opposite: “obstetric violence”.

Keywords: Childbirth; Humanized assistance; Social class; Obstetric violence.

Apresentação

A proposta de “humanização” da assistência ao parto vem se difundindo nas últimas décadas no Brasil, tendo ganhado espaço principalmente no interior das camadas médias urbanas, segmento no qual a cesárea atingiu alarmantes 85% em 2016. No entanto, através de sua incorporação ao sistema público de saúde,¹ essa proposta tem sido estendida também a mulheres de camadas populares. Essa nova realidade tem colocado alguns desafios e gerado questionamentos ao formato

¹ Em 2000 foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), que procurava estabelecer um protocolo mínimo de ações no que se refere à assistência obstétrica na rede pública, com vistas a promover um tratamento igualitário em todo o país. No início dos anos 2000, além do PHPN, algumas outras ações e programas foram impulsionados pelo MS, dando forma ao que seria definido como campo da “humanização”, permeado pelo debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário. Ainda que a palavra “humanização” não aparecesse em todos eles, já se destacava a tênue relação que foi se estabelecendo entre “humanização”, qualidade

que tem assumido a assistência “humanizada” nas instituições públicas, como sugerem os trabalhos de Carmen Susana Tornquist (2003), Sara Mendonça (2014), Rebeca de Cássia Daneluci (2016), Rosamaria Carneiro (2017), dentre outros. Tal cenário permite refletir de forma privilegiada sobre diferentes percepções acerca do parto e problematizar as dificuldades e empecilhos que podem acompanhar propostas de “humanização”, sobretudo quando estas pretendem uma transposição ou replicação de formatos e modelos de um universo social a outro, sem levar em conta realidades institucionais e sociais diferenciadas.

Nesse artigo, a proposta é fazer uma reflexão acerca da experiência de parto “humanizado” de mulheres de diferentes classes sociais. Para tanto, se apresenta como necessária uma discussão acerca dos usos e significados atribuídos aos termos parto “natural” e parto “humanizado” nos diferentes contextos investigados. A questão será abordada por meio da análise de duas situações específicas vivenciadas por mulheres de diferentes classes sociais – uma assistida no setor público e outra no privado.

Estes casos são parte do material etnográfico coletado entre 2011 e 2012,² a partir do acompanhamento de dois grupos de mulheres – um de camadas populares e outro de camadas médias – em dois contextos de assistência ao parto numa grande metrópole brasileira. A base empírica envolve, portanto, dois campos: o primeiro consiste em um grupo de preparação para o parto “humanizado” localizado em uma região nobre da cidade e que congregava mulheres de camadas médias, e o segundo é composto por gestantes e puérperas em uma casa de parto pública (CP),³ situada na periferia da cidade e na qual eram atendidas principalmente mulheres de camadas populares.

A abordagem qualitativa adotada envolveu observação participante⁴ e realização de entrevistas em ambos os campos pesquisados. Ao todo foram formalmente entrevistadas 37 gestantes e puérperas, que deram à luz pela primeira vez ou que já tinham outros filhos. Dessas, 25 eram mulheres vinculadas ao pré-natal da CP, enquanto as outras 12 pertenciam às camadas médias e frequentavam o grupo de preparação para o parto. Além disso, também foram entrevistados profissionais cujas especialidades estão diretamente envolvidas no projeto de “humanização” do parto e do nascimento: um médico obstetra (vinculado à Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), uma enfermeira obstetra, coordenadora da CP à época, e a doula que conduzia o grupo de preparação para o parto onde foi realizada a pesquisa no contexto das camadas médias.

A divergência no número de mulheres entrevistadas se deu em razão dos encontros ocorridos durante a pesquisa. Se aquelas de camadas médias, em geral, davam longas entrevistas e tinham grande interesse e motivação ao relatarem suas experiências, entre as de camadas populares nem sempre ocorreu o mesmo. Enquanto algumas se mostravam mais abertas e interessadas, outras se limitavam a responder às indagações que lhes eram feitas, revelando algo que foi compreendido algumas vezes como timidez e noutras como um certo desinteresse pelo assunto, o que fez com que fosse sentida a necessidade de se entrevistar um número maior de mulheres. Com este grupo, as entrevistas foram realizadas em ambientes reservados na própria CP e eventualmente tiveram a participação de membros da família, que manifestaram interesse em colaborar com a pesquisa. Já no caso do outro grupo, as entrevistas ocorreram majoritariamente na residência das mulheres, mas também em parques públicos. Por fim, deve-se mencionar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da cidade onde foi realizada a pesquisa⁵ e que todas as mulheres entrevistadas formalizaram sua concordância em participar do estudo ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que lhes foi apresentado.

na atenção e satisfação do usuário. Em 2011, como um desdobramento do PHPN, foi lançado o Programa Rede Cegonha, com vistas a melhorar o acesso e também a qualidade do atendimento na rede pública.

² O material foi colhido para a elaboração de uma tese de Doutorado na área de Ciências Sociais, apresentada pela autora, sob orientação da coautora.

³ A instituição se qualifica como um Centro de Parto Normal autônomo, isto é, que não está fisicamente vinculado a um hospital ou maternidade, e define-se como uma instituição de saúde primária, que atende apenas gestantes de “baixo risco”. Ou seja, a infraestrutura é montada para atender apenas aos casos de menor complexidade. A instituição integra o conjunto do sistema de saúde, contando, para os casos que apresentam complicações, com os serviços de um hospital de referência, localizado nas cercanias e para o qual o deslocamento é feito em ambulância. Na CP, toda a assistência durante o pré-natal, parto e puerpério é prestada exclusivamente por enfermeiras obstetras.

⁴ Junto ao grupo de camadas médias isso significou a participação nos encontros semanais do grupo de preparação para o parto, além da assistência a palestras, cursos de parto “humanizado”, amamentação, cuidados com o bebê, encontros de mães e bebês, ida a congressos sobre o tema, bem como a participação em aulas de yoga para gestantes. Nesse sentido, é importante mencionar que durante uma parte da pesquisa, isto é, entre setembro de 2011 e maio de 2012, a autora estava grávida, o que possibilitou uma outra inserção no campo. Já no contexto da CP a pesquisa envolveu a assistência a todas as oficinas que são obrigatórias para as gestantes que fazem o pré-natal ali (tais como: trabalho de parto, gênero, amamentação, modificações, tecnologias, dentre outras), assim como a participação em encontros de Acolhimento, consultas do pré-natal, de nutrição, partos etc. durante um período de 11 meses, mais especificamente entre junho de 2011 e maio de 2012.

⁵ Cf. Protocolo de Pesquisa n. 59/11 – CAAE n. 0012.0.314.000-11.

Antes de passar à análise de duas situações específicas – uma observada durante o trabalho de campo e outra a que se teve acesso a partir do relato de uma puérpera⁶ –, será feita uma breve revisão da literatura, procurando mapear alguns estudos com enfoque socioantropológico que chamam a atenção para o interesse de tratar das relações entre parto e classe.

Parto e classe social na literatura socioantropológica contemporânea

Em um estudo pioneiro, a socióloga Margaret NELSON (1983) investigou, no início dos anos 1980, mulheres de diferentes classes sociais que deram à luz em um hospital-escola no estado da Nova Inglaterra, nos EUA. A autora constatou que, enquanto as mulheres de camadas médias geralmente desejavam partos ativos e um maior envolvimento no processo, almejando menos intervenções médicas e farmacológicas, as de classes populares queriam experiências de parto onde pudessem ser mais passivas e contar com mais intervenções médicas – o que, diga-se de passagem, também se observou entre as mulheres investigadas para esta pesquisa. Os dados colhidos por Nelson (1983) a levaram a afirmar que “há claramente mais de um modelo de parto entre as clientes: nem todas as mulheres desejam o mesmo tipo de experiência de parto”. É importante ressaltar, no entanto, um ponto de convergência entre os dois grupos: ambos não se mostraram completamente satisfeitos com a assistência recebida no hospital, o que Nelson (1983) atribuiu ao fato de os médicos aparentemente rejeitarem alguns aspectos de cada um desses modelos, em favor de sua própria visão acerca de como deveria transcorrer o parto.

No livro *A mulher no corpo...*, a antropóloga Emily Martin (2006) chama a atenção para o fato de que a ideologia da produção, que se tornou central nas sociedades ocidentais modernas como resultado do crescente processo de industrialização, influenciou a forma como os textos médicos descrevem as experiências corporais femininas, dentre elas o parto.

No bojo dessa discussão, a autora traz à tona a questão da classe social e da raça, pois, segundo suas palavras, “a origem social de uma mulher, juntamente com sua raça, afeta profundamente o tipo de experiência de parto que ela terá na maternidade” (MARTIN, 2006, p. 233). Em contato com ativistas do movimento pelo parto “natural” nos EUA, Martin observa algumas diferenças entre as parturientes: enquanto as mulheres brancas de classe média desejavam partos com menos intervenções e adotavam certas estratégias, como protelar a ida à maternidade para evitarem ser alvo de procedimentos médicos e farmacológicos, no caso das mulheres brancas da classe trabalhadora “a proteção pode[ria] ser uma questão, mas por trás dela espreita[va] um problema maior, que [seria] encontrar uma maneira de pagar pelo atendimento pré-natal, obstétrico e do bebê” (MARTIN, 2006, p. 243). Já as negras da classe trabalhadora, que compartilhavam as mesmas preocupações no que se refere às questões financeiras, teriam um desafio adicional: eram obrigadas a lidar com o racismo – e os maus-tratos dele derivados – por parte da equipe médica.

No contexto brasileiro, algumas pesquisas socioantropológicas também enfocaram as perspectivas de diferentes camadas sociais no tocante à reprodução, explorando a diversidade de experiências e percepções que esse recorte pode oferecer.

No livro *O corpo da nação...*, a antropóloga Valeria Corossacz (2009) apresenta os resultados da pesquisa que fez em dois hospitais da rede pública municipal do Rio de Janeiro, durante a qual realizou entrevistas e observação participante com mulheres, enfermeiros, assistentes sociais e médicos. A autora aborda os fenômenos dos nascimentos dos bebês e da esterilização das mulheres para refletir sobre dois aspectos: o primeiro refere-se ao processo de classificação racial dos recém-nascidos, que enseja uma reflexão mais ampla sobre o racismo e a manutenção da ideologia da democracia racial no país; e o segundo diz respeito à gestão social da reprodução humana.

Acerca deste último ponto, em um dos capítulos a autora confronta as histórias reprodutivas de médicos e médicas (majoritariamente brancos e de classe média) e as de suas pacientes (predominantemente negras e pardas, provenientes de camadas populares), com o intuito de analisar os seus modelos de referência. A constatação foi a da existência de “dois modelos de procriação no plano discursivo e material” (COROSSACZ, 2009, p. 233). Do ponto de vista dos médicos, destaca a autora, os comportamentos reprodutivos devem ser resultado de uma lógica, um conjunto de regras coerentes, fruto de uma escolha, calculada e planejada. E, nesse sentido, outras formas de organização da vida que não correspondam a essa ordem – tal qual aquela observada entre as mulheres de camadas populares – são percebidas como desordem e, no limite, como instintivas e

⁶ Essa diferenciação se explica pelo fato de que, ao menos na cidade onde foi realizada a pesquisa, as maternidades privadas apenas oferecerem seu espaço e sua infraestrutura, não havendo qualquer compromisso ou ingerência sobre o tipo de assistência oferecida pelas equipes médicas contratadas pela mulher. Por este motivo não foi possível realizar a investigação em uma instituição de saúde privada que se denominasse “humanizada”, como ocorreu no outro contexto investigado. De toda forma, essa já é uma importante diferença a ser constatada entre os dois campos pesquisados, que revela uma gama mais ampla de possibilidades de tipos de parto aberta às mulheres das classes médias, isto é, que podem ter acesso às maternidades privadas.

mais próximas do mundo animal do que do humano. No entanto, na avaliação da autora, a diferença principal entre esses dois universos (o das camadas médias e populares) “reside mais nas condições objetivas da vida material do que nos projetos futuros imaginados ou desejados” (COROSSACZ, 2009, p. 251). Refutando o discurso que enxerga na gestão da reprodução das mulheres de camadas populares o que seria uma ausência de racionalidade e projeção no futuro, a autora argumenta que esta também está envolvida no investimento afetivo e econômico representado pela presença de muitos filhos. De acordo com a pesquisadora, a limitação presente no ponto de vista dos médicos diz respeito ao fato de que, para esses atores, “a racionalidade é circunscrita à avaliação daquilo que os pais podem dar aos filhos, e não, por exemplo, àquilo que os filhos podem dar aos pais” (COROSSACZ, 2009, p. 249).

Outra pesquisa relevante na área foi aquela desenvolvida pela antropóloga Tornquist (2003) em uma maternidade-escola reconhecida como “humanizada” na cidade de Florianópolis. A instituição atende mulheres de camadas populares e médias e, durante a investigação, a autora procurou comparar os dois grupos. As diferenças mais significativas que foram apontadas nesse estudo se referem principalmente à escolha do tipo de parto e do acompanhante. Enquanto a posição de cócoras aparecia como um ponto central do planejamento para as mulheres de camadas médias, o outro grupo, contudo, não demonstrava maior preocupação quanto ao assunto, mesmo que eventualmente acatasse a sugestão da equipe para que adotasse posições verticalizadas. No que se refere à escolha do acompanhante, a autora observou que as mulheres de camadas médias elegiam invariavelmente o pai do bebê, ao passo que as de classes populares optavam por mulheres de seu círculo familiar, como mães, cunhadas e avós. Tornquist (2003) também teceu considerações sobre os procedimentos relacionados ao incentivo à amamentação e, em especial, à obrigatoriedade de que esta estivesse bem encaminhada para que a mulher pudesse receber alta. A partir de casos identificados pela maternidade como problemáticos, a antropóloga procurou questionar a rigidez dessa norma, apontando para o risco de o incentivo à amamentação “deixa[r] de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador” (TORNQUIST, 2003, p. 5425).

Como esta breve revisão da literatura sugere, a classe social a qual pertence uma mulher com frequência interfere na experiência de parto que esta irá vivenciar, em particular no que se refere à participação que assume durante o processo e à forma como se relaciona com o profissional de saúde, que constituem aspectos significativos na configuração da maneira concreta como cada parturiente irá fazer o “rito de passagem” (Arnold VAN GENNEP, 1978), transformando-se em mãe. Em suma, a classe social media a forma como esta experiência biológica se apresenta para as diferentes mulheres. Nesse artigo, a intenção é explorar a relação entre parto e classe social a partir da análise de dois casos cuja assistência se apresenta como afinada à proposta de “humanização”.

“Humanizado” e/ou “natural”?

Como bem apontou Carmen Simone Diniz (2005), na medida em que houve uma disseminação do termo “humanização” e este passou a ser utilizado por diferentes atores sociais, foi possível observar uma multiplicidade de interpretações, sendo o termo aplicado a formas variadas de assistência. Na mesma linha, Carneiro (2014) procurou mapear e explorar os diversos significados atribuídos aos termos parto “natural” e parto “humanizado” entre as mulheres, principalmente de camadas médias, que participavam de dois grupos de preparação para o parto no interior de São Paulo.

Nesse texto, em linhas gerais, essa mesma autora sugere que seria possível definir o parto “humanizado” não como um modelo definido a ser replicado, mas como aquele que “acontece de acordo com os anseios das mulheres” (CARNEIRO, 2014, p. 244). Noutras palavras, o parto “humanizado” refere-se aqui àquele em que a mulher tem suas escolhas e seus direitos respeitados, sendo tratada de forma personalizada pela equipe médica.⁷ Um aspecto importante a se destacar é que, como foi possível observar durante a pesquisa, o termo “humanizado” muitas vezes engloba também a ideia de parto “natural”, expressão que se popularizou na década de 1980 e denota o compromisso com um mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível.

É válido mencionar que as expressões parto “humanizado” e parto “natural” com frequência aparecem como intercambiáveis nos discursos das mulheres de camadas médias estudadas, bem como entre os divulgadores do ideário, como também constatou Carneiro (2011). Isso, no

⁷ De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que orienta as ações promovidas nesse âmbito, por “humanização” entende-se: “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2013). A definição consta no “Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha”, elaborado pelo Ministério da Saúde, disponível em www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062 e, ao falar em “autonomia” e “protagonismo”, sugere estar alinhada com a definição acima proposta.

entanto, não impede que haja certas preferências terminológicas em outros contextos: no universo de camadas populares foi possível notar a preferência, tanto entre as mulheres quanto entre os profissionais que lhes prestavam assistência, pela expressão parto “natural”, em detrimento de “humanizado”, apesar de a casa de parto onde a pesquisa foi realizada ser considerada um modelo de “humanização”. Essa diferença não parece ser aleatória e será analisada ao longo do artigo. De imediato, cabe apontar que se trata de termos “que se aproximam, mas também se descolam, conforme a conjuntura” (CARNEIRO, 2011, p. 108), o que ficou especialmente evidenciado nesse estudo por envolver dois campos.

A seguir, se passará à descrição de uma situação protagonizada por uma mulher de classe popular, observada durante a pesquisa na CP. Mais adiante, será apresentada a narrativa feita por uma mulher de camada média, proveniente do grupo de preparação para o parto “humanizado” onde foi realizada a outra parte da investigação. Como será possível notar, as experiências são inicialmente semelhantes, porém, possuem desfechos bastante distintos, o que, argumenta-se, parece estar associado a diferenças de classe social.

O parto de Carla

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

Carla trabalhava como manicure e trançadeira, o que lhe garantia uma renda mensal de cerca de 1 salário mínimo. É uma mulher negra, alta e de personalidade forte. Ela tinha algumas particularidades que a tornavam uma exceção entre as mulheres do pré-natal: Carla tinha na época 36 anos, uma idade bastante superior à da média, especialmente em se tratando de uma primípara, e morava sozinha, a única entre as mulheres ali contatadas que vivia nessas condições. Ela já não se relacionava com o pai do bebê, de quem fazia apenas comentários negativos, e também não se dava bem com a mãe – o que era incomum naquele contexto. Naquele dia, Carla não avisou nenhum dos dois sobre sua admissão na CP.

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

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

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

De tempos em tempos uma dupla de enfermeiras, responsável pelo plantão noturno, adentrava o quarto para examinar Carla, auscultar os batimentos cardíacos do feto, avaliar a dinâmica das contrações e fazer o toque. Em um desses exames tiveram a impressão de que havia mecônio no líquido amniótico – isto é, o primeiro conteúdo do intestino do bebê, mas que ainda não são fezes (DINIZ; Ana Cristina DUARTE, 2004).⁸ Em conversa com Carla, explicaram-lhe que, diante desse quadro, havia duas possibilidades: ser transferida para a maternidade de referência ou tomar ocitocina para tentar acelerar o trabalho de parto. A parturiente já não demonstrava o mesmo bom humor de antes e a cada contração parecia sentir muita dor, mas se manteve firme e disse que preferia ficar. “Eu vou até o fim, não vou desistir”.

Carla ficou cerca de 1h30min recebendo soro com ocitocina através de punção intravenosa. Com o passar do tempo, ela passou a demonstrar grande irritação com a dor desencadeada pelas contrações. De personalidade forte, ela parecia ter ascendência sobre as amigas, que também davam sinais de nervosismo. Em determinado momento, Carla disse que não queria mais receber o hormônio sintético, pois já não suportava as dores. As enfermeiras insistiram para que mantivesse, mas ela ameaçou arrancar o soro com as próprias mãos. As enfermeiras, que se mantinham calmas e esboçavam pouca reação diante do nervosismo que passava a dominar o ambiente, acabaram acatando seu pedido.

⁸ Segundo as autoras, a eliminação de mecônio durante a gravidez pode ser sinal de maturidade fetal (o que não é problemático) ou de sofrimento fetal, pois quando o feto está mal oxigenado aumenta a contratilidade dos intestinos e relaxam-se os esfíncteres, fazendo com que libere o mecônio. Neste caso, a situação inspira cuidados.

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

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

Em determinado momento, a bolsa de águas de Carla se rompeu espontaneamente e a aparência e o odor do líquido afastaram a suspeita das enfermeiras sobre a existência de mecônio. O trabalho de parto, porém, continuava progredindo lentamente, em especial na avaliação de Carla, que dava sinais claros de impaciência e intolerância à dor.

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

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

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

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

As acompanhantes de Carla chegaram a telefonar para seu irmão, que é do Exército, com a intenção de que pudesse ir até lá removê-la (ou contê-la?), mas, segundo elas, ele estava de “serviço” no quartel e não pôde ir. De manhã cedo, a equipe de enfermagem que chegou para substituir a que estava no plantão noturno decidiu pela transferência de Carla para a maternidade de referência. Por volta de meio-dia, depois de ter sido devidamente “enquadrada” na maternidade, segundo me narrou uma das enfermeiras da CP, ela deu à luz um bebê com cerca de 4kg, que nasceu de parto “normal”.

A experiência de Carla parece ser reveladora das expectativas que os profissionais da CP, suas amigas e ela própria tinham a respeito do que deveria ocorrer ali, um evento no qual Carla figurava idealmente como a principal protagonista e com um desempenho bem definido. A preparação para o parto naquela instituição lhe havia fornecido uma série de instruções e técnicas corporais, um “treinamento para o sangue frio” que, conforme salientou Marcel Mauss (1974), constitui, no limite, algo inseparável da própria técnica. Era esperado que ela reagisse de acordo com um roteiro, no qual a parturiente, ao encarnar as técnicas aprendidas – e, nesse sentido, controlando suas emoções –, deve ser capaz de encaminhar e orientar o desenvolvimento do processo de parto da forma prevista e para o fim esperado. Vigê, portanto, a aceitação implícita da existência de um certo patamar de controle da dor e das emoções que, em situações normais e uma vez ensinadas e assimiladas as técnicas, o parto “natural” é possível e realizável. No caso

de Carla, diferentemente de uma parturiente abstrata cujos limites de controle da dor e das emoções estão pressupostos, seu "descontrole" significa, de fato, uma capacidade de controle em um patamar diferente daquele esperado. Isto é, era esperado que Carla sentisse dor, mas não que se descontrolasse, o que constitui nas sociedades ocidentais contemporâneas motivo de vergonha e sinal de imaturidade e/ou inferioridade, conforme observou Norbert Elias (1994) ao analisar os nexos do que chama "processo civilizador".

O ideal do indivíduo autorregulado, que mantém um rigoroso controle dos impulsos corporais e das emoções, ou seja, a idealização do equilíbrio das emoções, está implícito. Daí o comentário jocoso da amiga lembrando-a de que irá virar motivo de chacota dos amigos, daí a vergonha e os inúmeros pedidos de desculpas de Carla e a manifestação de um sentimento de fracasso. Tudo isto sugere a existência, naquele contexto, de um modelo de parto que aprova ou premia as mulheres que o experienciam como um rito de passagem cuja vivência do autocontrole está associada ao aperfeiçoamento pessoal ou aprimoramento de si, como parece ocorrer entre as mulheres de camadas médias (Olívia HIRSCH, 2019; CARNEIRO, 2011, dentre outros).

O estudo realizado por Corossacz (2009) em dois hospitais públicos aponta para a existência de uma aguda percepção da diferença das mulheres de classes populares, como sugere a entrevista realizada pela autora com um médico, identificado como M na transcrição abaixo:

M: Temos um raciocínio mais objetivo. Nossa classe pensa assim: é melhor ter dois filhos comendo carne de primeira, que seis filhos comendo carne de segunda. [...] Eles não têm a preocupação que nós temos [...]

V: Como você vê que eles não estão preocupados?

M: Você vê uma mulher com cinco, seis filhos, ela não está preocupada [...] Ela cumpre quase uma função biológica, a manifestação da dor dessa mulher [pobre] é diferente da dor que a gente atende lá fora [hospital particular], de economista, de antropóloga. Você, quando vai ter filho, vai ter uma manifestação diferente.

V: Como elas reagem à dor?

M: Ou ela é extremamente resignada com a dor, a mãe dela sofreu, a irmã dela também, ou então é histérica, quer se jogar da cama. Mesmo na hora do sofrimento você pode ter uma elegância, uma educação, um bom senso, é um problema de educação, de postura. Uma mulher de classe alta pode até não suportar a dor por não estar acostumada, mas é bem mais comportada (COROSSACZ, 2009, p. 243).

Destaque-se, portanto, que a diferença de classe – expressa no emprego de "nós", de um lado, e "eles", de outro – é também uma maneira culturalmente diferente de lidar com as emoções e com a dor: essa mulher é desequilibrada, oscila de um extremo a outro – da resignação à histeria –, ou seja, representa um "problema", como, aliás, no limite, também seus filhos não planejados.

Da questão da incapacidade de controlar a dor e as emoções em um contexto social em que o autocontrole é altamente valorizado, decorre outro importante aspecto suscitado pela história do parto de Carla, qual seja, o da possibilidade de a parturiente interferir nos rumos do parto. Isto é, à de que o parto ocorresse de modo a respeitar suas escolhas, o que, de modo bastante amplo, corresponderia à definição de parto "humanizado" (cf. CARNEIRO, 2014). Se partirmos desse entendimento, Carla definitivamente não viveu essa experiência, apesar de ter sido atendida em uma unidade considerada modelo de "humanização".

Como foi possível notar, enquanto Carla manifestava adesão à proposta de parto, a equipe a consultou sobre a realização de procedimentos, dando-lhe a opção de escolher entre a permanência ali ou a transferência para a maternidade. Isto é, até esse momento as enfermeiras compartilharam com ela as decisões relativas aos rumos do trabalho de parto. No entanto, a partir do momento em que Carla desistiu daquela proposta, passando a desejar uma cesariana, as profissionais não mais acolheram suas escolhas, rompendo com qualquer possibilidade de negociação.

Como se verá ao longo do artigo, essa é uma diferença importante entre mulheres de diferentes camadas sociais, pois a decisão quanto à via de parto não se coloca da mesma maneira, isto é, como irrevogável, no outro contexto investigado. Como sugere o caso de Carla, para as mulheres que ingressam no sistema público de saúde, tal escolha não lhes pertence, mas à equipe de assistência. Nesse contexto, as parturientes que não seguem as normas de comportamento e autocontrole esperadas e pedem pela cesárea, como fez Carla, em geral já sabem de antemão que muito provavelmente não serão atendidas, tendo em vista que no sistema público o profissional de saúde, como regra, se coloca como o detentor das decisões relativas à via de parto, rejeitando o diálogo com a parturiente.

Na pesquisa conduzida por Alessandra Chacham (2004), da qual participaram mulheres de diferentes segmentos sociais, uma pequena parte das entrevistadas, de ambos os grupos, informou durante a gravidez almejar um parto cesáreo. No entanto, enquanto praticamente todas as mulheres de camadas médias tiveram seu desejo atendido, entre aquelas de camadas populares não ocorreu o mesmo, o que levou a autora a afirmar que

para [mulheres de classe média] é mais fácil obter uma cesariana quando a desejam. No caso de mulheres pobres e trabalhadoras que dão à luz em hospitais públicos, mesmo quando querem uma cesariana não tem acesso a ela, a menos que o médico decida que precisam de uma. Na maioria das vezes elas não sabem quem irá assisti-las em seus partos ou sequer têm a oportunidade de expressar seus desejos (CHACHAM, 2004, p. 09 [tradução livre]).

Daneluci (2016), que fez pesquisa em um hospital-escola-maternidade reconhecido como um “centro de referência em saúde da mulher” e que tem como foco o parto “humanizado”, tece ponderações semelhantes ao afirmar que, no contexto investigado,

quem decide e determina o que é necessário não são elas [as parturientes], elas tampouco participam dessa decisão: entram com o corpo, mas sem direito a voz e voto. Corpo esse, do qual se entende que elas não têm conhecimento e nem controle, ficando a cargo do médico e da biologia o saber e a decisão (DANELUCI, 2016, p. 174).

É válido acrescentar que, nas maternidades e hospitais públicos, a definição pelo parto cirúrgico tampouco pode ser atribuída exclusivamente a uma questão de “necessidade”, isto é, a uma indicação clínica. A cesariana, em algumas situações, pode ser realizada como forma de atender a um acordo tácito existente entre os médicos, que prevê que o “pré-parto” deva ser “limpo” antes da troca de turnos, isto é, que todas as parturientes que se encontram em trabalho de parto devam dar à luz, evitando que o profissional que está para assumir o plantão tenha que se ocupar daquelas que fizeram a internação mais cedo, como aponta o estudo de Marcos Augusto Dias (2006).

O fato de no serviço público de saúde brasileiro serem atendidas quase que exclusivamente mulheres provenientes de camadas populares não deve ser ignorado, tendo em vista que, como afirma Luc Boltanski (1979), “a relação doente-médico é uma relação de classe e o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente” (p. 39). A experiência de Elena, que será descrita a seguir, parece corroborar essa afirmação.

O parto de Elena

Elena inicialmente tinha planejado ter uma cesárea, mas mudou de ideia ao tomar contato com a proposta de parto “natural” e “humanizado” quando passou a frequentar as aulas de yoga e preparação para o parto em um instituto privado em uma zona nobre da cidade. Ela trocou de médico durante a gestação, vindo a contratar uma equipe reconhecida por esse grupo como “humanizada”.

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

Era uma sexta-feira e Elena, que estava com 37 semanas e 5 dias de gestação, não tinha ido trabalhar, pois funcionários da loja onde comprou os móveis do quarto do bebê iriam montá-los. Deitou-se tarde, por volta das 23h e, em torno de meia-noite, foi ao banheiro, onde notou que um líquido, que identificou que não era urina, escorria por suas pernas. Logo se deu conta de que a bolsa d’água havia rompido. Chamou o marido e decidiram ligar para a enfermeira obstetra, assistente de sua médica,⁹ como havia sido previamente combinado.

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

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

O tempo foi passando e, no início da tarde, Elena começou a dizer que queria ir para o hospital tomar anestesia. A enfermeira fez um novo exame de toque e tentou demovê-la da ideia,

⁹ A médica de Elena, que é reconhecida e identifica-se com o ideário da “humanização”, costuma trabalhar com uma enfermeira obstetra em sua equipe que é quem faz o acompanhamento inicial do trabalho de parto e, de certa forma, atua como doula. Essa é uma prática cada vez mais comum entre os obstetras que atuam na cidade.

pois considerava que o melhor ainda era permanecer em casa. “Naquela hora, depois meu marido me disse, eu estava com 1 dedo de dilatação e ela não me contou para não me deixar nervosa. Eu achava que já estava com uns 5 dedos e que já era hora de ir para o hospital”. Depois de muito insistir, Elena foi para a maternidade, acompanhada da enfermeira obstetra e do marido. Com vergonha de fazer escândalo na recepção, aguardou dentro do carro até que fosse concluído o processo de internação.

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

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

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

Em 15 minutos Elena foi transferida para o centro cirúrgico. Lá, tomou uma dose maior de anestesia e, pouco tempo depois, o bebê nasceu, às 22h45min. Ele foi levado para o berçário, acompanhado pelo pai. Elena, que apesar de não ter sentido dor, tinha ficado incomodada na hora do parto por ter sentido a pele sendo cortada e a busca pelo bebê dentro de seu corpo, pediu ao anestesista que lhe desse mais uma dose do medicamento, dessa vez para “apagar”. “Eu quero dormir e acordar depois que já costuraram e já fizeram tudo”. Ela voltou a si cerca de 1 hora depois.

Apesar de apoiar e ter como prática rotineira o parto “natural”,¹⁰ isto é, idealmente sem intervenção médica e farmacológica, a equipe “humanizada” que prestou assistência à Elena acabou agindo de modo a respeitar seu desejo. A parturiente, como foi possível notar, interveio diretamente sobre os rumos do parto, que, a depender exclusivamente da forma de atuação da equipe que lhe prestou assistência, provavelmente teria sido muito diferente.

A experiência de Elena parece refletir um importante preceito do ideário da “humanização”, qual seja: o de que “o parto é da mulher” e não do médico. Este preceito se sobrepõe ao da desmedicalização, conforme avaliam algumas entrevistadas do grupo de camadas médias – ainda que quase todas desejassem inicialmente ter um parto simultaneamente “humanizado” e livre de intervenções, isto é, “natural”, para reproduzir o termo por elas utilizado.

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

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

¹⁰ E, nesse sentido, o fato de a enfermeira não ter informado à Elena de que naquele momento ela estava com apenas 1 cm de dilatação pode ser interpretado como uma estratégia condizente com essa prática.

Como é possível apreender dos depoimentos, as categorias parto “natural” e parto “humanizado”, ainda que diversas vezes referidas nos discursos das entrevistadas do grupo de camadas médias de modo intercambiável, são aqui claramente diferenciadas. Dessa forma, o parto “humanizado”, que com frequência costuma englobar o parto “natural”, isto é, desmedicalizado, não se limita a ele, podendo o parto com intervenções ou mesmo o cirúrgico ser considerado “humanizado”, desde que atenda à demanda de uma parturiente informada sobre seus riscos e benefícios. Noutras palavras, a ideia de “humanização”, segundo essa leitura, põe ênfase nos direitos da mulher sobre seu corpo e parto. Por outro lado, é interessante destacar, o parto “natural” tampouco é necessariamente “humanizado”, uma vez que a ausência de intervenções não representa garantia de que a parturiente tenha suas escolhas respeitadas. Essa é uma distinção relevante para analisar o tema que nos interessa, a relação entre parto e classe nas propostas de “humanização”, ou, em outros termos, como a “humanização” do parto se configura conforme a classe social da parturiente.

Nesse sentido, diferentemente do que ocorreu com Elena, o desejo de Carla de ter uma cesariana, diversas vezes expresso, foi ignorado pela equipe. É certo que a CP possui limitações de infraestrutura e as profissionais que lá atuam (enfermeiras-obstetras) não estão habilitadas a realizar um parto cirúrgico, como o que estava sendo demandado por ela. As enfermeiras também não estão aptas a administrar anestesia, recurso ao qual Carla possivelmente teria feito uso se este lhe tivesse sido ofertado – o que, deve-se ressaltar, tampouco é o caso nas maternidades e hospitais públicos. Como registra a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, no sistema público de saúde a aplicação de anestesia ocorre somente em 27,1% dos partos, montante que declina para 21,5% quando decresce o nível de escolaridade da paciente (apud Maria do Carmo LEAL *et al.*, 2014),¹¹ onde praticamente não há oferta desse tipo de recurso. Além disso, a transferência de Carla para a maternidade, onde, em tese, poderia ser submetida a uma cesariana, foi insistentemente rejeitada pela equipe, sob a alegação de que, para ser realizada, deveria haver uma justificativa clínica, que no caso era inexistente: tratava-se “apenas” de um desejo da paciente. Com efeito, a transferência só ocorreu no dia seguinte, após Carla tê-la solicitado durante toda a madrugada e, ainda assim, somente quando houve troca de turnos no plantão.

Como é possível notar, a escolha de Carla de ter um parto medicalizado ou mesmo de ser transferida para a maternidade, abrindo mão da intenção inicial de dar à luz ali, não foi atendida. De fato, uma vez internada na CP por ocasião do trabalho de parto, a parturiente não encontra abertura para interferir nas decisões relativas à medicalização, que se baseiam em critérios estritamente clínicos e são tomadas de forma unilateral pela equipe, o que, de certa maneira, entra em choque com o conceito de “humanização”, isto é, se entendido como respeito às escolhas e aos direitos da parturiente. Nesse sentido, a liberdade de escolha da mulher é, comparativamente ao outro grupo, bastante restringida, limitando-se a aspectos que dizem respeito à posição para dar à luz, à movimentação, ao uso de recursos não farmacológicos para alívio da dor, à música ambiente etc. Em suma, não extrapola o repertório de possibilidades apresentado pela equipe e é considerado favorecedor do parto “natural”, não incluindo, portanto, decisões relativas aos procedimentos médicos ou farmacológicos, que permanecem exclusivamente nas mãos dos profissionais de saúde. Camila Amaral (2016), que fez pesquisa na CP alguns anos depois da realização do campo aqui analisado, registra que essa informação passou a ser transmitida às mulheres durante as oficinas de preparação para o parto – o que não ocorria na época em que foi feita a investigação que resultou neste artigo.¹² Nesse sentido, não se pode afirmar que as enfermeiras que atenderam Carla por ocasião de seu parto estavam despreparadas, pois tiveram exatamente o posicionamento para o qual haviam sido treinadas. O que parece ter sido acrescentado ao treinamento ou à preparação para o parto na versão acompanhada por Amaral (2016) é, antes, uma problematização mais explícita entre o que pode se apresentar como um conflito entre desejo da mulher e necessidade, questão da qual o parto de Carla parece ser exemplar.

Nesse contexto, é compreensível que, na CP, os profissionais evitem fazer uso da expressão parto “humanizado”, dando preferência ao termo parto “natural”. Não que a possibilidade de se ter um parto “humanizado” ali seja inexistente, mas esta exige um grau de comprometimento com a proposta de desmedicalização que nem sempre foi observado entre as mulheres de camadas populares estudadas.¹³ Como bem destacou Carneiro (2017), que realizou etnografia em uma casa de parto pública na região periférica do Distrito Federal,

¹¹ A pesquisa foi conduzida pela Fiocruz e ouviu 23.894 mulheres que deram à luz em maternidades públicas e privadas nos anos de 2011 e 2012.

¹² De acordo com Amaral (2016), duas situações costumavam ser referidas nesses encontros: aquela em que “o corpo não necessita da intervenção, mas a mulher a deseja” (p. 48), e outra na qual a mulher teme as intervenções, mas elas se fazem necessárias na avaliação da equipe. Segundo a autora, as mulheres eram alertadas de antemão de que em ambas as situações as decisões não cabiam a elas, mas aos profissionais de saúde. No primeiro caso, a justificativa era de que a realização desses procedimentos sem uma “real” necessidade poderia trazer malefícios à parturiente e, no segundo, porque as mulheres não detinham conhecimento técnico para tal, inclusive não sendo necessário seu consentimento prévio. É válido lembrar que esse posicionamento é bastante conflitante com as

o parto enquanto evento comporta inúmeras semânticas e [que] as particularidades vividas por mulheres jovens, pobres, sozinhas, negras e moradoras de regiões rurais podem desenhar uma outra premissa de cuidado, para além da fisiologia ou da ausência de intervenções técnicas e farmacológicas (p. 397).

Reflexões finais

O parto de Carla nos apresenta uma oportunidade para discutir e problematizar a chamada “violência obstétrica”, assunto muito em voga e acerca do qual tramitam alguns Projetos de Lei na Câmara dos Deputados. A grande projeção em torno da questão parece encontrar relação direta com a disseminação do ideário da “humanização” em anos recentes no país. Nesse sentido, é importante destacar que o termo “violência obstétrica” geralmente inclui em sua definição aspectos diretamente relacionados às demandas do movimento, como é possível apreender a partir da definição proposta por Charles Tesser *et al.* (2015):

A expressão “violência obstétrica” é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos – episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina (quase) de rotina, ausência de acompanhante – dentre os quais destaca-se o excesso de cesarianas, crescente no Brasil há décadas, apesar de algumas iniciativas governamentais a respeito (p. 02).

Como é possível notar, o termo classifica como “violência” a realização de determinados procedimentos médicos e farmacológicos, que, deve-se destacar, até recentemente eram considerados “padrão”. A percepção desses atos como “violentos” implica, de antemão, o contato com o ideário da “humanização”, que é contemporâneo e ao mesmo tempo testemunho e propulsor de diversas mudanças no limiar de percepção a respeito do que seja violência e direitos, em particular naquilo que concerne às mulheres, seus corpos e suas práticas reprodutivas. A noção de “violência obstétrica” é parte de um debate e está longe de estar universalizada. Ao contrário, para uma parte das mulheres de camadas populares que foram estudadas, tais procedimentos – considerados violentos e invasivos principalmente para adeptas do movimento pela “humanização” – não são problematizados, muito pelo contrário, são descritos como uma “ajuda”. Isto ocorre porque, com frequência, essas tecnologias reduzem o tempo do trabalho de parto, experiência que em geral reputam como extremamente dolorosa e da qual querem se livrar o mais rápido possível.

Alguns autores contemporâneos, entre eles David Le Breton (1999), têm chamado a atenção para o equívoco de se “naturalizar” os limiares de tolerância e/ou percepção da dor situando-os fora de uma determinada época ou lugar, e também dos riscos de generalização quando não se leva em conta que a dor é sempre uma interpretação, isto é, é sempre dependente do sentido que se atribui a ela. Isso o levou a desenvolver a respeito da dor uma distinção muito significativa e que interessa aqui diretamente: o fato de que o que chamamos dor consiste em experiências qualitativamente diferentes quer se trate de uma dor “escolhida” ou de uma dor “imposta”. No caso da primeira, há um descentramento, isto é, um “escudo de sentido” que faz com que o sofrimento seja relativizado. Distinta dessa experiência é aquela em que a dor é “imposta”, isto é, não é “escolhida”, quando, por isso mesmo, ela pode ser considerada uma forma de violência.

A experiência de Carla parece ser muito significativa a esse respeito. Sentir uma dor que não foi “escolhida”, diferentemente do caso das parturientes de camadas médias que decidem não receber anestesia ao optar por um parto “natural”, pode ser considerada de fato uma violência. Assim é que a experiência de Carla subverte amplamente o conceito de parto “natural”, na medida em que toda sua angústia e sofrimento derivavam justamente do desejo de ter acesso à tecnologia, no caso, a cesárea, que não foi atendido. Nesse sentido, independentemente da implicação da dor e de sua interpretação no contexto do parto tal como já apontado, é necessário concordar com Mariana Pulhez (2013), que afirma que “não ser anestesiada ou ser levada a realizar um parto normal, quando o que se quer é uma cesariana, também pode ser encarado como um ato violento. Ou seja, a própria aceitação do que constitu[i] uma violência também deve ser posta em contexto [...]” (p. 560).

Assim, o que este artigo sugere é que podem existir diferentes entendimentos acerca do que seja “violência obstétrica”, o que parece estar associado à forma como as mulheres enxergam o mundo. E, nesse sentido, não há dúvidas de que suas lentes são filtradas também pela classe social à qual pertencem.

demandas das ativistas e, na avaliação de Amaral (2016), “sugere uma relação assimétrica mesmo em um contexto humanizado, pois a autoridade permanece sendo da equipe de saúde” (p. 48).

¹³ Deve-se levar em consideração o fato de que, na maioria dos casos acompanhados, a proposta de parto “natural” não foi o que motivou a gestante a ingressar ali. A maioria das entrevistadas relatou valorizar principalmente o atendimento prestado no local e a relação, individualizada, que estabelecia com os profissionais de saúde, diferentemente do que costuma ocorrer nas maternidades públicas.

A socióloga norte-americana Margaret Nelson (1983) faz algumas ponderações que parecem elucidativas para se refletir acerca da realidade investigada. Segundo a autora, “aquelas mulheres que sempre tiveram acesso a mais sofisticada tecnologia médica podem tomar a decisão de rejeitar alguns aspectos desse privilégio de classe” (NELSON, 1983, p. 295 [tradução livre]) – e, deve-se acrescentar, chegando até mesmo a classificá-los como atos de violência. No entanto, complementa a autora, “aquelas que ainda não receberam consistentemente esses benefícios talvez não estejam prontas para abrir mão deles” (NELSON, 1983, p. 296 [tradução livre]).

Referências

AMARAL, Camila Manni Dias. *“Aqui a gente é tratada como pessoa, no hospital é como corpo”*: motivações e trajetórias de gestantes em uma casa de parto pública no Rio de Janeiro. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Departamento de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. “De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado: uma etnografia de grupos de preparo para o parto”. In: FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014. p. 243-266.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. “O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas”. *Mediações*, Londrina, v. 21, n. 2, p. 394-424, jul./dez. 2017.

CHACHAM, Alessandra Sampaio. “Doctors, Women and Cesareans: The construction of normal birth as risky and the medicalization of birth in Brazil”. In: ANNUAL MEETING OF THE POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, 7, 2004, Boston, Population Association of America. Book of Abstracts, 2004, p. 1-19.

COROSSACZ, Valeria Ribeiro. *O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: EDUFRRJ, 2009.

DANELUCI, Rebeca de Cássia. *Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im)possibilidades de escolhas?* 2016. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. *Humanização da assistência ao parto. Conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública*. 2006. Tese (Doutorado) – Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: EDUNESP, 2004.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

HIRSCH, Olívia Nogueira. *Parto natural, parto humanizado: perspectivas de mulheres das camadas populares e médias*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* “Intervenções obstétricas durante trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, Sup. 1, p. S17-S47, jan. 2014.

LE BRETON, David. *Antropología del dolor*. Barcelona: Editorial Six Barral, 1999.

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

MAUSS, Marcel. "As técnicas corporais". In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974. p. 209-233.

MENDONÇA, Sara Sousa. "Uma análise das denúncias a uma maternidade pública humanizada: dilemas da humanização". *Revista de Ciências Sociais*, v. 4, n. 2, p. 217-241, jul./dez. 2014.

NELSON, Margaret K. "Working-class women, middle class women, and models of childbirth". *Social problems*, Knoxville, v. 30, n. 3, p. 284-297, feb. 1983.

PULHEZ, Mariana Marques. "Parem a violência obstétrica: a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto". *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, João Pessoa, v. 12, n. 35, p. 544-564, agosto 2013.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* "Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer". *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 01-12, jun. 2015.

TORNQUIST, Carmen Susana. "Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. S419-S427, 2003.

VAN GENNER, Arnold. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1978.

Sonia Maria Giacomini (giacominsoniam@gmail.com) é mestre em Antropologia Social (MN-PPGAS-UFRJ) e doutora em Sociologia (IUPERJ-RJ). Desde 1980 é professora, pesquisadora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-Rio. Tem experiência na área de Sociologia e Antropologia, atuando principalmente nos seguintes temas: relações de gênero, relações raciais, corporalidade, sexualidade, pensamento social brasileiro e identidade social. É autora, entre outros títulos, de *Mulher e Escrava* (Editora Vozes, 1988) e *A alma da festa* (Editora da UFMG, 2006).

Olívia Nogueira Hirsch (olivianh@gmail.com) é professora do Quadro Complementar do Departamento de Ciências Sociais da PUC-Rio, onde realizou o Mestrado (2007) e o Doutorado em Ciências Sociais (2014) desenvolvendo pesquisa sobre os significados atribuídos por mulheres de diferentes camadas sociais à experiência de parto humanizado. Coordenadora da Especialização em História e Cultura Afrodescendente da PUC-Rio. Áreas de interesse: corpo, gênero, família, identidades, relações interétnicas.

COMO CITAR ESSE ARTIGO DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA

GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. "Parto 'natural' e/ou 'humanizado'? Uma reflexão a partir da classe". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 1, e57704, 2020.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Olívia Nogueira Hirsch – concepção do projeto, coleta de dados e análise de dados, redação e discussão de resultados.

Sonia Maria Giacomini – orientação da pesquisa, participação na concepção, na análise de dados e na redação e discussão de resultados.

FINANCIAMENTO

Olívia Nogueira Hirsch foi beneficiada com uma Bolsa CAPES-PROSUP durante a realização da pesquisa de Doutorado em Ciências Sociais da qual este artigo é um dos produtos.

CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM

Não se aplica.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CEP SMSDC-RJ), protocolo n. 59/11, CAAE n. 0012.0.314.000-11.

CONFLITO DE INTERESSES

Não se aplica.

LICENÇA DE USO

Este artigo está licenciado sob a Licença Creative Commons CC-BY Internacional. Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, criar para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra.

HISTÓRICO

Recebido em 14/06/2018
Reapresentado em 13/08/2019
Aprovado em 11/09/2019

