



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

CAROLINA BENTES DE OLIVEIRA SALES

**SABERES, APRENDIZAGENS E ESTRATÉGIAS ARTICULADAS POR
MULHERES NA BUSCA POR PARIR COM DIGNIDADE NO CEARÁ**

**Fortaleza
2024**

CAROLINA BENTES DE OLIVEIRA SALES

SABERES, APRENDIZAGENS E ESTRATÉGIAS ARTICULADAS POR MULHERES
NA BUSCA POR PARIR COM DIGNIDADE NO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de Concentração: Educação Brasileira. Linha de Pesquisa: Filosofia e Sociologia da Educação. Eixo: Antropologia da Educação.

Orientador: Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi.

FORTALEZA
2024

CAROLINA BENTES DE OLIVEIRA SALES

SABERES, APRENDIZAGENS E ESTRATÉGIAS ARTICULADAS POR MULHERES
NA BUSCA POR PARIR COM DIGNIDADE NO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de Concentração: Educação Brasileira. Linha de Pesquisa: Filosofia e Sociologia da Educação. Eixo: Antropologia da Educação.

Aprovada em 25/07/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr.^a Prof.^a Alícia Ferreira Gonçalves
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof.^a Dr.^a Nara Maria Forte Diogo Rocha
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Alana Santos Monte
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Celecina de Maria Veras Sales
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S155s Sales, Carolina Bentes de Oliveira.
Saberes, aprendizagens e estratégias articuladas por mulheres na busca por parir com dignidade no Ceará / Carolina Bentes de Oliveira Sales. – 2024.
129 f.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi.
1. Parto Humanizado. 2. Saberes locais. 3. Narrativas de mulheres. 4. Aprendizagem. I. Título.
CDD 370
-

Às mulheres, com quem aprendo todos os dias.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Parir uma tese de doutorado não é tarefa fácil e, como em um parto, uma boa rede de apoio faz significativa diferença. Agradeço de todo coração a minha rede.

Ao professor Alcides que confiou em mim desde o começo.

A minha mãe, ventre e útero que me acolheu no início de tudo e coração que me gestou todos os dias até a morte, e hoje alma e espírito que me guia pela vida.

À Emmir, que me abrigou quando vivi o período mais desafiador da minha vida.

À Laura, minha mãe espiritual, que reza por mim e foi minha principal incentivadora para seguir na vida acadêmica.

À tia Goretti, que nem queria, mas me adotou e cuida de mim sempre, apoiando de todas as formas que ela pode, meus sonhos e minhas bagunças.

Às mulheres que confiaram suas histórias ao meu cuidado.

Aos amigos com quem sorrir para sobreviver.

Às rodas de mulheres que cultivam sonhos.

Ao Marco, que cozinhou as melhores massas para me fazer feliz.

À Dani, que esteve junto durante os últimos meses, mais uma vez, apoiando meu sonho.

Aos colegas de programa, que foram apoio para um caminhar mais leve.

RESUMO

Esta tese se debruça sobre as histórias de parto de mulheres de Itapipoca, interior do Ceará, para investigar os processos de aprendizagem para o parto e a articulação de estratégias em busca de uma assistência segura que evite a violência obstétrica. Para isso, analisou-se como as narrativas dessas mulheres descrevem o cenário de assistência ao parto a partir de suas próprias experiências e saberes. Com este objetivo, desenvolveu-se um trabalho de pesquisa qualitativa com características que convergem para a etnografia. Ao longo de três anos, de forma intermitente e atravessada pela pandemia de COVID-19, realizou-se uma pesquisa de campo, na qual, a partir do formato de amostragem *snowball*, foram entrevistadas gestantes, puérperas, senhoras e parteiras de três distintas localidades (centro, comunidade indígena, comunidade quilombola). A partir desses encontros, observaram-se relatos majoritariamente negativos em relação à assistência de parto na principal maternidade no centro da cidade de Itapipoca. A história do “bebê na caixa de sapato”, repetida tantas vezes, emergiu como uma representação dos medos que cercam o nascimento e de sofrer violência obstétrica nessa localidade. As narrativas apresentam ainda que, durante o pré-natal, nos postos de saúde, faltam estratégias institucionais que ajudem as mulheres a compreenderem os riscos e os benefícios de cada via de parto. Nesse mesmo sentido, não foram encontrados, na maioria das vezes, diálogos sobre sexualidade e parto nas famílias. Desse modo, analisamos como estas mulheres criam suas próprias estratégias na busca de um parto digno. A “escolha” pela cirurgia cesariana está entre as principais respostas para evitar a dor e a possibilidade de uma assistência violenta de parto. No entanto, essa seria uma ilusão de liberdade, já que não há informações necessárias para se tomar uma decisão esclarecida, considerando que, contextualmente, vivemos em um país que é o segundo em números de cirurgia cesariana no mundo, muitas vezes sem indicação médica real. Como contraponto, isso gera o que o Movimento da Humanização do Parto chama de cultura cesarista. O que esta tese observou nessas histórias foi que as experiências de parto são mediadas pelas redes de apoio das mulheres e seus familiares, influenciando de forma relevante a tomada de decisão pela via de parto de cada uma delas, e que a cultura de parto de cada família é passada de geração em geração, o que se dá menos por transmissão de conhecimento e mais a partir das relações em diversos ambientes que engajam suas habilidades de atenção e resposta. Desse modo, concluímos que aprender sobre parto exige mais do que informação, pois a aprendizagem precisa ser situada, nos diferentes contextos socioculturais das mulheres. Esta tese, por fim, afirma que a aprendizagem é um sistema complexo, que pode considerar os ambientes nos quais os seres humanos são centros de atenção e agência, desenvolvendo habilidades, ou seja, respondem aos estímulos do ambiente com sua história de vida, seus conceitos sobre o mundo, sua família e suas particularidades.

Palavras-Chave: Parto humanizado. Saberes locais. Narrativas de mulheres. Aprendizagem.

ABSTRACT

This dissertation narrates childbirth stories of women from Itapipoca, a town in the countryside of Ceará, in order to investigate their learning process about labour, birth and the development of strategies aimed at seeking safe care to prevent obstetric violence. For this purpose, we analyzed how the narratives of these women describe the childbirth care scenario and reflect on their own experiences. With this goal in mind, a qualitative research project was developed with characteristics that converge towards ethnography. Over a period of 3 years, intermittently and influenced by the COVID-19 pandemic, a field research was conducted using a snowball sampling method, in which pregnant, postpartum and elderly women, along with midwives from three different locations (urban center, indigenous community, quilombola community) were interviewed. From these interviews, we observed that there were predominantly negative reports regarding childbirth care at the main maternity hospital in the city center. These narratives also showed that during prenatal care at health clinics, there is a lack of discussion that helps women understand the risks and benefits of each childbirth method. Similarly, we do not find, most of the time, dialogue about sexuality and childbirth within families. Thus, we analyze how these women create their own strategies in the pursuit of dignified childbirth. The "choice" for cesarean surgery is among the main responses to avoid pain and a violent labour and birth assistance. However, this would be an illusion of freedom, since there is not enough information available to make a proper decision. After all, we live in a country that ranks second in the world in terms of cesarean surgeries, often without a real medical indication. This creates what the Humanization of Childbirth Movement refers to as a "cesarean culture." In this sense, we observe that the childbirth experiences from their families and friends significantly influence each woman's decision-making regarding the mode of delivery. It was also noted that each family's childbirth culture is passed down from generation to generation, less through the transmission of knowledge and more through relationships in various environments that engage their abilities of attention and response. Therefore, we understand that learning about childbirth requires more than just quality information, since it needs to be situated and contextualized. Learning is a complex system that should consider the environments in which humans are the focus of attention and agency, since they respond to environmental stimuli with their life history, their concepts about the world, their family, and their particularities.

Keywords: Humanized childbirth. Local knowledge. Women's narratives. Learning.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. PERCURSOS METODOLÓGICOS.....	23
2.1. Aproximações com o campo.....	24
2.2. Negociações com o campo e a Pandemia de Covid-19.....	27
2.3. Registros.....	31
3. CONTEXTOS: ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PARIR COM RESPEITO E DIGNIDADE	35
3.1. A busca para parir com respeito, sem violência.....	39
3.2. A busca por humanização.....	46
4. PERCURSOS DE PARTIDA: O PARIR ENTRE FORTALEZA E ITAPIPOCA	54
4.1. Trajetórias de experiências de parto humanizado em Fortaleza.....	55
4.2. Chegando em um novo território	62
5. OUTROS PERCURSOS, OUTRA FORMA DE PARIR: DA SERRA AO LITORAL	74
5.1 Dona Zilda, a parteira da Comunidade de Nazaré.....	75
5.2 O encontro com a parteira Dijé.....	81
6. AS ESTRATÉGIAS E APRENDIZAGENS DE MULHERES DE ITAPIPOCA EM BUSCA DE UM PARTO DIGNO E RESPEITOSO.....	88
6.1 Sobre as narrativas.....	88
6.2 A <i>escolha</i> pela cirurgia cesariana	91
6.3 A presença da rede de apoio	97
6.4 Aprendizagem no contexto do parto - mais do que uma estratégia	102
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICE.....	128

*eu saí do meio das pernas da minha mãe
caí direto nas mãos deste mundo
e a própria deusa me movia por dentro*

- nascimento

rupi kaur

1. INTRODUÇÃO

O bebê na caixa de sapato

Conta-se que uma mulher da região de Itapipoca, no Ceará, chegou à maternidade da cidade “quase parindo”. O que parece uma história corriqueira, virou o equivalente a uma lenda urbana. Dizem que foi um parto desafiador e que teria havido complicações, sem que ninguém soubesse explicar exatamente qual o problema. Mas todos repetiam, com indignação, que o médico responsável precisou usar fórceps e, num resultado desastroso, a cabeça do bebê fora decepada.

Rapidamente a história se espalhou. Além do boca a boca, as redes sociais, WhatsApp e Facebook, naquele dia, foram invadidas por fotografias e repetições sobre “um bebê com a cabeça decepada no São Camilo”. Uma onda de curiosidade e revolta foi sentida pela cidade. Os rumores ainda dão conta de que o médico disse que o bebê tinha nascido morto e que a mulher sequer pôde ver seu filho. Ela continuou internada em observação e o pequeno foi entregue aos familiares em uma “caixa de sapato” e por recomendação da equipe hospitalar, não deveriam abri-la. Não se sabe qual foi a justificativa, mas este detalhe da história, mais tarde foi confirmado para mim pelo coveiro do único cemitério da cidade.

Segundo o relato deste funcionário, que considero o mais fidedigno a que tive acesso, ele se negou a enterrar a criança sem ver o corpo. Foi só aí que se pensou em erro médico (principal motivo da revolta das pessoas da cidade), porque viram que a cabeça do bebê estava afundada nas têmporas, o que, depois de tantas versões, passou a ser contada como uma “cabeça decepada”. O motivo para recusa do enterro sem abrir a caixa, foi um caso antigo vivido pelo coveiro. Anos antes, este chegou a enterrar um caixão sem abri-lo, o que gerou um grande problema quando o delegado foi ao cemitério para a exumação do corpo e ao abrir o caixão só tinha pedras lá dentro. Depois disso, o funcionário disse que “levou um ‘carão’ do delegado e aprendeu que sempre tem que conferir o corpo”. Contou também que,

embora não fosse uma caixa de sapato, como todos falam, o bebê estava mesmo em uma caixa de papelão.

No dia do enterro da criança a grande divulgação do caso nas redes sociais, com fotos do bebê, inclusive, gerou uma comoção, as pessoas quiseram ver pessoalmente. Muitos foram até o cemitério, houve até um pequeno engarrafamento, coisa incomum na cidade. Todos queriam chegar perto, o funcionário disse que a polícia teve que afastar as pessoas, e que na hora do enterro, só deixaram os familiares se aproximarem. Todos repetem que era uma cena muito feia, desoladora e que tinha muita gente chorando. A identidade da mulher e da família se perdeu com o tempo, imagina-se que eles não eram do centro da cidade, mas de alguma localidade próxima. Essa história, porém, deixou de ser só daquela família, ela é da cidade, das famílias que se sentem inseguras de ter seus filhos no hospital e sem ter a quem pedir ajuda.

A história do bebê na caixa de sapato gerou um impacto enorme em mim. Ouvi muitas pessoas repetindo a mesma história, com tristeza, revolta, mudando pequenos detalhes, mas numa lembrança sempre viva, como se tivesse acontecido dias antes. Esse é um caso limite, não representa toda assistência de parto vivida na cidade de Itapipoca, mas é repetido como *causo* pelas mulheres, e pode ser visto como representação do medo das violências que são sofridas naquela e em tantas outras cidades no país.

E quanto mais escutava essa história, mais surgiam questões que, como se verá, busquei responder ao longo desta tese. Num ambiente em que tantas pessoas se sentem inseguras diante da assistência recebida nos nascimentos da cidade, que estratégias as mulheres estão usando para resistir ao que percebem como violento? Como mulheres, em distintos contextos, compreendem essa assistência e que saberes e aprendizagens sobre parto e nascimento estão sendo articulados? Com essas questões em mente, esta tese parte das narrativas dessas mulheres para investigar os processos de aprendizagem para o parto e suas estratégias em busca de um parto seguro que evite a violência obstétrica nesse contexto.

O tema e as questões suscitadas nesta tese articulam-se à minha história de vida. Eles remontam a escolha do parto humanizado como tema de pesquisa, ainda no mestrado, isso aconteceu depois de ter me casado, em 2013, e do desejo de ter uma família aos moldes do amor idealizado e burguês. Sentia que precisava ter filhos para estar totalmente realizada e ao meu redor, mulheres próximas começaram a engravidar e viver experiências que eu nunca tinha notado antes. Eram comuns conversas, em encontro com amigas ou nos almoços de domingo em família, sobre a dificuldade de ter um parto normal. De fato, muitas mulheres do meu

convívio desejaram e prepararam-se para ter um parto vaginal, mas tiveram seus partos “roubados”.

Sou moradora da cidade de Fortaleza, no Ceará, tenho uma grande amiga que mora em Viena, Áustria. Essa amiga teve a primeira filha ainda bem jovem, bem antes desse tema surgir com importância para mim. Em uma das suas férias, nesses mesmos encontros entre mulheres, surpreendeu-se com os relatos de partos, em que mesmo as primíparas (mulheres com a primeira gestação), foram submetidas à cirurgia cesariana por falsa indicação médica e por falta de informação. Lembro-me do seu espanto quando perguntava coisas bem básicas que as amigas não sabiam responder. E de como a assustou saber os motivos de indicações de cesariana e a falta de apoio às mulheres, tanto em questões sobre o parto, como em questões de amamentação.

Conversávamos muito sobre esse assunto, e essa amiga, com experiência de partos na Europa, começou a desvendar um mundo muito diferente para mim. As posturas médicas pareciam significativamente inversas: enquanto aqui, a agenda do profissional de saúde precisa ser contemplada na organização das cirurgias cesarianas de suas pacientes, por lá, nem médico específico as mulheres tinham. O pré-natal é feito por uma equipe, e quando a mulher entra em trabalho de parto o atendimento é feito por profissionais de plantão, que rotineiramente são enfermeiras obstétricas. O nascimento passa a ser assistido por médicos ou médicas, apenas quando ocorrem complicações que fogem à competência das enfermeiras. Essa era uma questão de espanto para mim e as demais amigas de Fortaleza, pois a maioria achava inconcebível parir com um médico que não tivesse acompanhado todo o pré-natal.

Havia uma história em particular que me intrigava mais. Em 2011, uma amiga muito querida teve sua primeira gravidez, na época eu não tinha nenhum interesse pelo assunto e, como a maioria das mulheres, não sabia muito sobre o que realmente acontece no corpo feminino durante o parto. Essa mulher tinha feito “tudo para parir”, procurou um “médico humanizado”, entrou em grupos de discussão na Internet, fez yoga para gestante, contratou uma enfermeira (indicada pelo médico obstetra) que iria acompanhá-la em casa antes de ir para o hospital. No fim, teve uma cesariana, e até hoje tem dúvidas se, realmente, precisava ter passado por aquela cirurgia.

No dia em que entrou em trabalho de parto, procurou o médico e a enfermeira, precisou deslocar-se até onde o médico estava de plantão (hospital da rede pública), lá fez um exame para verificar o coração da bebê, e saiu dali com a indicação de alteração batimentos cardíacos e, portanto, a necessidade de marcar a cirurgia cesariana para o início da noite, quando o plantão do obstetra se encerrasse. Tudo muito conveniente para o profissional de saúde e não

para mãe e bebê. O resultado do exame é impresso em papel que perde a tinta com o tempo, já ouvi essa amiga repetir várias vezes, que queria saber se, realmente, havia alteração no coraçãozinho de sua filha, já que sabemos que alteração nos batimentos cardíacos fetais (BCF) precisam de intervenção imediata o que não permitiria marcar a cirurgia para o fim do plantão do médico. Mas na época, ela só queria salvar a filha. Esse sentimento, aliás, parece ser um ponto-chave para as induções à cirurgia sem indicação real, o que se chama no mundo da humanização de “parto roubado”.

Alguns meses depois de entrar no programa de Pós-Graduação em Educação na Universidade Federal do Ceará, fiz o curso de doula¹ e depois disso fui tomada de assalto pelo desejo de compreender melhor a luta de mulheres pelo direito de parir. Foi no curso de doula que comecei a compreender que a cultura cesarista levou a mulher a uma alienação do próprio corpo, nesse caso do ato de parir e dos saberes que isso envolve. Entendi que, se havia um processo de alienação do corpo e dos saberes que envolve o parto, também havia um processo de “desaprendizado” para o parto normal e aprendizado para a vivência da cirurgia cesariana.

Assim, desde 2015, pesquiso sobre educação para o parto e atuo como doula. Durante o mestrado investiguei as aprendizagens e os saberes compartilhados que motivavam as mulheres a ter um parto humanizado, entendendo que o ciberespaço (LÈVY, 1999) se tornou território privilegiado nas trocas e agências (ORTNER, 2006; JUNGBLUT, 2015) entre pessoas interessadas neste tema, favorecendo o protagonismo feminino. Como resultado, analisou-se como as práticas de sociabilidade tecidas no grupo de Facebook, Parto Humanizado no Ceará, puderam articular processos de aprendizagem em rede sobre o parto humanizado e formar uma rede de apoio *online* para mulheres (SALES, 2017).

Quando fiz a seleção para o doutorado, decidi retornar à minha formação original nas Ciências Sociais e por isso, mudei a linha de pesquisa, no mesmo programa de Pós-Graduação em Educação, de Tecnologias Digitais na Educação para a Antropologia na Educação. Mesmo reconhecendo a importância da etnografia nos espaços virtuais (RIFIOTIS, 2010) sabia que no doutorado gostaria de fazer um trabalho de campo fora da virtualidade, observando e lendo os não ditos que os espaços físicos nos proporcionam. Afinal, compreendia que, para isso, precisava observar as mulheres em diferentes ambientes e ouvir suas histórias, mais do que somente ler o que elas mostravam nas redes sociais. Assim, o meu objetivo, nesta tese, é compreender articulação de saberes, aprendizagens e as estratégias para evitar uma

¹ “a doula é considerada uma mulher treinada e experiente em prestar apoio, com capacidade de fornecer contínuo suporte físico, emocional e informativo durante o trabalho de parto e nascimento, mediante treinamento” (SILVA, et. al., 2012, p. 2784)

assistência vista como violenta. Analisando como as narrativas de mulheres em Itapipoca, em diferentes contextos, descrevem o cenário de assistência ao parto.

O tema do parto humanizado não nasce no Brasil, e passa a ser discutido por aqui somente no final da década de 1980, pois, segundo Diniz (2005), começa-se a pensar em outro modelo de atenção ao parto e nascimento que tem por fundamento as evidências científicas e os direitos das mulheres. A luta pelo parto humanizado se difundiu a partir de três pilares - equipe multidisciplinar, medicina baseada em evidência científica (MBE) e protagonismo feminino.

Cada um desses termos pode ser problematizado a partir de perspectivas diversas. Por exemplo, ao invés de multidisciplinaridade, hoje se usa mais a ideia de transdisciplinaridade, já que esta proporciona um diálogo mais eficaz e mais horizontal entre os profissionais ligados à assistência. Também se pode questionar a ideia de feminino, afinal que idealização de mulher está inserida neste termo? Quando estudamos sobre violência obstétrica, a ideia de uma mulher universal aparece de forma bem problemática, já que se constata que alguns tipos de mulher sofrem mais violência do que outras. E finalmente a ideia de evidência científica que continua colocando a medicina ocidental como central entre os saberes que envolvem o parto. Porém, nesse contexto, pensar em evidência científica, se justifica pelo fato de que muitas tecnologias na assistência ao parto foram se desenvolvendo sem pesquisas, e hoje se luta para que estas caiam em desuso. Não desenvolvemos todas essas críticas de forma direta, mas elas estão presentes ao longo deste trabalho.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS (BRASIL, 2002) tal modelo humanizado de assistência se refere aos cuidados com atenção às necessidades da gestante, ao recém-nascido e a mãe no pós-parto, tendo como prioridade reduzir a taxa de morbimortalidade materna e neonatal, garantindo um parto seguro e acesso digno e de qualidade em cada etapa da gestação, pontuando que as decisões relacionadas a cada etapa do parto serão compartilhadas e as escolhas da mulher serão ouvidas e respeitadas. A autonomia feminina é fundamental nesse processo, afinal, humanizar o parto não significa apenas ter um parto vaginal, ou sofrer menos intervenções médicas, mas sim permitir um ambiente favorável no qual a mulher não seja apenas paciente (ODENT, 2003), mas tenha autonomia, compartilhando a liberdade de escolha nos processos decisórios. Isto inclui respeito ao processo fisiológico, com intervenções cuidadosas, evitando os excessos e utilizando os recursos tecnológicos disponíveis. Para isso, é importante que se tenha acesso a informações para embasar as escolhas de cada uma, porque como ressalta Joice Berth (2019, p. 34), uma das principais dimensões para compreender o

protagonismo, que também pode ser lido como empoderamento, é a “informação como instrumento de libertação”.

No Brasil, na década de 1990, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - Rehuna² (TORNQUIST, 2004), inspirada nas redes de *network*³ comuns nesse período. O propósito era articular diferentes profissionais que atuassem na área da assistência humanizada ao parto, um modelo de organização ligado a “um conjunto de valores compartilhados pelo campo ético-político dos movimentos sociais do período, como autonomia, democracia de base, descentralização e eficiência, em que a comunicação em redes (real e virtual) era a pedra de toque” (TORNQUIST, p. 161. 2004).

Nesse período, era por meio de listas de transmissão em correios eletrônicos (*e-mails*) que se reuniam vários profissionais ligados ao mundo da assistência ao parto e grupos feministas para discussão desse tema. A partir da criação e difusão das redes sociais, essa relação com a humanização se transforma, porque abre-se a possibilidade de popularização das discussões. Em 2004, no Orkut, vemos a criação de diversas comunidades que se organizam em torno desse mesmo interesse, como Amigas do parto, Rehuna e Samaúma⁴ (GONÇALVES, 2013, p.11). Posteriormente, com a criação e a popularização do Facebook no Brasil, muitas comunidades migram para essa nova plataforma, e com a difusão da Internet, muito mais pessoas passam a ter acesso às informações e também a criar conteúdo sobre assistência ao parto, baseadas em evidências científicas de qualidade, a exemplo do grupo “Cesárea? Não, obrigada!”⁵ que hoje conta com mais de quarenta e dois mil membros (MEDEIROS, 2014).

Muitas vezes, as moderadoras desses grupos são mulheres que trabalham acompanhando outras mulheres em trabalho de parto. Assim, a figura da doula se torna bem importante na popularização da Luta pelo Parto Humanizado. A palavra doula tem sua origem no grego e significa “mulher que serve” ou “serva”, e designava as mulheres da casa, que eram responsáveis pelos afazeres domésticos e também auxiliavam durante o parto e pós-parto.

Já a profissão da doula hodierna, segundo a Associação de Doulas da América do Norte – DONA (mais antiga associação de doulas), é considerada uma mulher treinada e experiente em prestar apoio, com capacidade de fornecer contínuo suporte físico, emocional e

² <https://rehuna.org.br/>

³É um termo que vem do inglês e significa rede de contatos, usada para descrever grupo de contatos profissionais formado por pessoas com os mesmos interesses.

⁴ Hoje não é possível encontrarmos mais essas páginas, já que o Orkut está desativo desde 30 de setembro de 2014.

⁵ Grupo criado em 2010 e traz na sua descrição: “Grupo destinado à defesa e incentivo do parto natural, e contra falsas indicações de cesárea. Cesárea, só quando muito bem indicada!”. <https://www.facebook.com/groups/cesareanao/about?locale=pt_BR>

informativo durante o trabalho de parto e nascimento. (SILVA, 2012, p. 2784). Geralmente, não faz parte da equipe médica, mas é contratada pela própria família. Seu trabalho está relacionado também ao uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e, antes do trabalho de parto, atua como educadora perinatal. Ou seja, a doula pode ser mais uma fonte de informação de qualidade sobre o processo de pré-natal, parto e pós-parto e que busca promover uma melhor experiência da família no processo de parto e nascimento (LEÃO e OLIVEIRA, 2006). Silva nos explica um pouco da história da doulagem.

De 1980 em diante, as doulas ganharam popularidade [nos EUA], quando mulheres angustiadas com as altas taxas de cesarianas passaram a convidá-las para instruir no seu parto, providenciando suporte no trabalho de parto, apoio nas suas decisões e ajudando-as a evitar procedimentos que as conduzissem a essa cirurgia. (SILVA, 2012, p. 2784)

Elas podem apoiar a parturiente e a pessoa acompanhante de sua livre escolha⁶, promovendo suporte emocional, informação, medidas de assistência física, conforto e proteção. Além de orientação acerca das posições mais confortáveis durante as contrações, bem como “encorajamento e tranquilidade durante todo o período do parto”. (FERREIRA JUNIOR, 2015, p. 4). No Brasil, essa profissão ainda luta por uma lei nacional que a regule⁷ e tem a seu favor pesquisas que indicam os benefícios da sua presença no cenário de parto, como nos aponta Ferreira Júnior.

Estudos internacionais do tipo metanálise apontaram os benefícios do suporte da doula, demonstrando que as mulheres acompanhadas aumentam duas vezes a chance de ter parto vaginal, comparadas ao grupo que não recebeu este suporte, além de apresentarem melhoria no pós-parto avaliados por meio de características físicas e emocionais. Outro estudo mencionou que a presença contínua desse gênero feminino reduziu significativamente o uso de analgesia, ocitocina, fórceps e cesariana. (FERREIRA JUNIOR, 2015, p. 13)

Tudo isso ressalta a doula como uma agente valiosa no contexto de um parto mais saudável. Nas redes sociais, lendo relatos de partos em grupos moderados por doulas, deparamo-nos com muitas mulheres que queriam ter tido um parto normal, mas que achavam que tinham sido induzidas à cesárea desnecessária. A preocupação presente nos relatos e suas impressões sobre o excesso de falsa indicação de cesárea não são casos isolados.

⁶ Garantida pela Lei Federal nº 11.108/2005, em seu artigo 19, “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”. Cf. em <<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/entenda-a-lei-do-acompanhante-durante-o-parto/327102582>>. Acesso em 20 out. 2023.

⁷ Cf. em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2151754>. Acesso em 04 dez 2023.

Melania Amorim é médica, cientista, professora e feminista, dedicada à universidade e nas redes sociais a difundir informações científicas sobre diversos temas ligados à saúde feminina⁸. Desde 2012, mantém um blog na plataforma Blogger, (Estuda, Melânia, estuda!) e também um perfil no Instagram. Nesse blog, atualiza uma postagem intitulada “Indicações reais e fictícias de cesariana”, onde enumera seis reais indicações da cirurgia, sendo três, que podem acontecer, mas que, segundo ela, são diagnosticadas, frequentemente, de forma equivocada e três “situações especiais em que a conduta deve ser individualizada” e 270 (duzentas e setenta) “desculpas referidas pelas gestantes e/ou utilizadas pelos profissionais para indicar uma ‘DESNEcesária’”. Entre as falsas indicações, organizadas por ordem alfabética, estão desde “aceleração dos batimentos cardíacos fetais” até “Zika vírus: infecção presente ou passada e não, não foi apenas para terminar a lista de A-Z, são casos reais!”⁹.

Cesariana desnecessária, também é um termo descrito no objetivo da maior pesquisa sobre gestação, parto e pós-parto feita no Brasil, entre 2011 e 2012, “Nascer no Brasil: *Inquérito nacional sobre parto e nascimento*” que acompanhou 23.894 (vinte e três mil oitocentos e noventa e quatro) mulheres e seus filhos, observados em ambiente hospitalar, em todo território nacional, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP - Fiocruz). Cujo objetivo era “conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias; descrever as motivações das mulheres para a opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos”¹⁰ (LEAL e GAMA, 2014, p. 2).

Segundo essa pesquisa, feita em hospitais do Sistema Único de Saúde, particulares e mistos (aqueles que atendem particular e pelo SUS), 52% dos nascimentos, ocorridos durante o período da pesquisa, foram por meio da cirurgia cesariana. Se contar somente o setor privado, esse número sobe para 88% de cesarianas, contrariando a Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima que somente 15% dos nascimentos precisarão de intervenção cirúrgica. Essa

⁸ Cf. em <<https://www.instagram.com/melania44/>>. Acesso em 04 nov. 2022.

⁹ Cf. <<https://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>> Acesso, 16 out. 2023.

¹⁰ Cf. em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2021

desproporção faz com que possamos dizer que no Brasil existe uma epidemia de cesáreas¹¹, como apontam Leal e Gama (2014):

Não há justificativa clínica para um percentual tão elevado dessas cirurgias. Estima-se que, no país, quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, perdem a oportunidade de serem protagonistas dos nascimentos de seus filhos, são expostas com eles a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam desnecessariamente os recursos gastos com saúde. (LEAL e GAMA, 2014, p. 03)

Diante de tal cenário, é importante dizer que está em curso a segunda edição da pesquisa “Nascer no Brasil” que tem como subtítulo: *Inquérito nacional sobre perdas fetais, partos e nascimentos*. Se propôs a acompanhar 24.255 (vinte e quatro mil duzentos e cinquenta e cinco) mulheres, entre 2020 e 2021¹². Essas são as maiores pesquisas já realizadas para traçar um cenário nacional de parto e nascimento. O Nascer no Brasil II se propõe a “estimar a prevalência de agravos e fatores de risco durante a gestação, avaliar a assistência pré-natal, ao parto e às perdas fetais, e verificar a ocorrência de desfechos maternos e perinatais negativos e seus fatores associados” (NASCER NO BRASIL, 2019). Mas já podemos dizer que quando analisados os dados de 2022, verificou-se que 57,7% dos desfechos de parto foram de cirurgias, número que nos deixa em segundo lugar mundial, ficando atrás apenas da República Dominicana, com 58%, bem acima da média mundial de 21,1%¹³.

Em grande parte, esse número alarmante tem relação direta com as características de assistência ao parto. Em países que têm maior número de partos vaginais, chegando bem próximo aos números ideais segundo a OMS, quando a mulher entra em trabalho de parto se dirige ao hospital de referência e é atendida pela equipe de plantão. Não há uma discussão sobre a via de nascimento, sabe-se que o parto normal é a primeira indicação e que só em casos de complicação se precisará da cirurgia. Já no Brasil, a classe média puxa os números de cirurgia cesariana para cima. Há uma centralidade da figura do médico durante toda a assistência e o desejo da presença do pré-natalista na hora do nascimento. Nunes, Penha e Schlickmann (2020) apontam a centralidade do médico na assistência ao parto como ponto importante a ser observado quando pensamos nos números alarmantes de cirurgia cesariana:

O modelo de atenção ao parto nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, é muito medicalizado. O profissional médico é colocado como figura central em todo o processo de gestação, parto e puerpério. Assim, o governo brasileiro tem investido

¹¹ Cf. em <Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas (fiocruz.br)>. Acesso em 04 nov. 2021.

¹² Cf. em <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>. Acesso em 02 nov. 2021.

¹³ Cf. em <Com hora certa: o que explica o recorde histórico de cesarianas no Brasil | VEJA (abril.com.br)>. Acesso em 18 abr. 2023.

para que essa visão mude e a mulher seja protagonista de suas decisões de forma consciente e informada. Neste sentido, durante o pré-natal, o médico e os demais membros da equipe têm papel significativo, podendo influenciar a mulher com relação à via de parto, em especial a cesariana. (NUNES; PENHA; SCHLICKMANN, 2020, p. 3)

A equipe tem, sim, muita influência sobre a via de parto, a pesquisa “Nascer no Brasil” diz que a maioria das mulheres entra no pré-natal querendo parir, mas somente 42,3% das mulheres conseguiram parir em 2022. O que parecia incrível para mim enquanto me aproximava desse universo de parto, é que as mulheres não fazem ideia dessas informações, tudo parece muito natural, marcam suas cesáreas com 38 ou 39 semanas de gestação, a família tem uma falsa ideia de controle e é só ir para a maternidade. No entanto, o que a pesquisa acima revela, é que as mulheres não são levadas ao empoderamento, ao contrário, a forma como são assistidas durante o pré-natal as fazem seguir para uma cirurgia que elas não desejam. A essa informação juntam-se às falsas indicações de cesariana o que se faz supor que a estrutura da assistência à saúde está ludibriando tais mulheres e não favorecendo a tomada de decisão de forma consciente e crítica.

Podemos pensar em protagonismo e empoderamento como sinônimos nesta tese. Afinal, Joice Berth (2019) utilizando do trabalho de Anne-Emmanuèle Calvès (2009), destaca que o empoderamento se refere a capacidade de indivíduos e grupos “agirem para garantir seu próprio bem-estar ou seu direito de participar da tomada de decisões que lhes dizem respeito” (p.36). Além de dar particular atenção à importância de Paulo Freire que pensando na luta de grupos oprimidos entende que não é preciso dar ferramentas a estes, mas promover que os mesmos empoderem-se a si, a partir da tomada de consciência crítica e de práticas transformadoras. Não desconsideramos que nos últimos anos temos uma visão de que o termo *empoderar-se* tem sido esvaziado e alvo de várias críticas, já que a palavra vem sendo usada de forma indiscriminada,

adquirindo novos significados no processo. De fato, tem-se tornado comum, tanto no discurso acadêmico, quanto de órgãos governamentais e não governamentais - ou mesmo no próprio movimento de mulheres - falar-se do empoderamento de mulheres, sobretudo no contexto do discurso sobre gênero e desenvolvimento. (SARDENBERG, 2012, p. 1)

Então não se desconsidera essas contradições, mas também não se pode ignorar que empoderamento é o termo mais usado pelas mulheres quando se trata da luta pelo parto humanizado, mais do que protagonismo, termo usado na definição oficial do que esta seria. A escolha de palavras também está relacionada com o grupo e quando temos a escolha de uma

expressão, ela é seguida e repetida pelo mesmo. Aqui usaremos protagonismo e empoderamento como sinônimos e ressaltamos a conceitualização apresentada por Berth (2019).

O empoderamento consiste de quatro dimensões, cada uma igualmente importante, mas não suficiente por si própria, para levar as mulheres a atuarem em seu próprio benefício. São elas a dimensão cognitiva (visão crítica da realidade), psicológica (sentimento de autoestima), política (consciência das desigualdades de poder e a capacidade de se organizar e se mobilizar) e a econômica (capacidade de gerar renda independente). (SADENBERG, C. apud. Berth, 2019, p.47)

Portanto, empoderar-se é mais complexo do que supõe o uso cotidiano da palavra. Um tema importante nesse contexto é que existe um trabalho de educação perinatal acontecendo de forma totalmente diferente do pré-natal dos consultórios: são parteiras, doulas, enfermeiras obstétricas e até médicas e médicos que acreditam em um trabalho de corresponsabilização que começa no compartilhamento de informação e que é base para esse empoderamento/protagonismo feminino.

Esse processo de difusão de saberes tradicionais e aqueles baseados nas evidências científicas sobre o parto, sem dúvida se intensificou com a presença constante do mundo digital nas nossas vidas e com a possibilidade de as próprias mulheres serem produtoras de conhecimento (SALES, 2017). Então, como característica do Movimento de Humanização do parto, podemos dizer que existe uma ação educativa por parte dos profissionais ligados à assistência ao parto, bem como da sociedade civil e de mulheres gestantes, puérperas e militantes.

Mas não só as ações conscientes e planejadas podem ser vistas como importantes num processo de aprendizagem para o parto. Podemos tomar Jean Lave, antropóloga que estuda a aprendizagem, que nos diz que: “O que se requer é descentrar os estudos da aprendizagem na prática para perguntar como as práticas moldam e são elas mesmas moldadas nos múltiplos contextos da vida cotidiana, e como a participação muda na prática através dos contextos”. (LAVE, 2015 p.43). Essa autora, em sua teoria, vai além da dicotomia entre formal e não-formal, para explicar como a aprendizagem não requer somente um acúmulo e transmissão de informação, visando escapar da distinção entre conteúdo e processo. Se tomarmos o tema parto, também é importante discutir como as mulheres estão aprendendo a parir em seus contextos cotidianos, a partir de suas experiências familiares, por exemplo. Desse modo, Tim Ingold (2010) pode nos ajudar a pensar como se dá a transmissão geracional e qual o papel da experiência nesses processos de aprendizagem.

Por hora, fiquemos com as experiências de aprendizagem planejadas, alguns estudos já abordaram a importância da educação para o processo de parir (BESSA e MAMEDE,

2010; RIFFEL, 2005; GONGORA RODRÍGUEZ, 2007; PEREIRA e BENTO, 2011), porém faltam mais pesquisas que escutem a perspectiva das mulheres sobre quais saberes e aprendizagens estão impactando a sua tomada de decisão para a via de parto. Dar visibilidade a essas realidades podem também contribuir para que outras mulheres possam vir a conhecer e reconhecer seus corpos e sua capacidade de parir. Em um artigo tratando da autonomia feminina em uma casa de parto, as autoras Pereira e Bento (2011) observam, em suas conclusões, como as atividades educativas promovem a autonomia e uma melhor experiência de parto:

Nas atividades educativas desenvolvidas na casa de parto, a mulher passa a compreender os fenômenos corporais e emocionais envolvidos com o processo da parturição e obtém o conhecimento sobre os cuidados que podem ser utilizados, possibilitando o exercício de sua autonomia e o direito de realizar escolhas sobre o momento do nascimento de seu filho. Tal perspectiva do cuidado vai ao encontro das propostas de humanização, que agrega sentidos relacionados com a assistência baseada em evidências científicas, como o paradigma da desmedicalização da atenção ao parto e nascimento, os direitos humanos, as práticas que promovam a autonomia, a liberdade de escolha e o exercício dos direitos de cidadania. (PEREIRA; BENTO, 2011)

As casas de parto ou Centros de Parto Normal são mesmo um excelente projeto de assistência ao parto normal, podendo compor tanto o SUS, quanto a assistência privada. São espaços administrados por enfermeiras obstétricas e/ou obstetrites e que não realizam cirurgia cesariana - se houver necessidade desta, as parturientes são transferidas para assistência hospitalar (que precisa estar bem próxima). Além disso, promovem ações educativas para um bom exercício da autonomia feminina. Mas, ao mesmo tempo em que essa perspectiva de cuidado vai ao encontro das diretrizes de humanização do MS e da OMS, vemos uma carência desses espaços, só existem 18 em todo território brasileiro. Eles seriam a tentativa de criar ambientes mais parecidos com uma casa, devolvendo também a perspectiva familiar e íntima ao processo de parturição. Existe um Projeto de Lei 591/23¹⁴ que pretende que cada município brasileiro tenha no mínimo um Centro de Parto Normal - Casa de Parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas essa é uma realidade ainda bem distante.

Apesar de só a minoria das parturientes ter acesso a esse modelo de assistência, têm sido cada vez mais difundidas estratégias de compartilhamento de saberes sobre uma assistência humanizada e que proteja a mulher da violência obstétrica. Poderíamos destacar os conhecimentos disseminados na Internet, documentários como “O Renascimento do parto” 1, 2 e 3, projetos de fotografia, como “1:4 Retratos da Violência Obstétrica”, rodas de conversa sobre os temas de gestação, parto e nascimento; entre outros. Diante disso, pode-se perguntar,

¹⁴ Cf. em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/941127-projeto-obriga-todo-municipio-brasileiro-a-ter-pelo-menos-um-centro-de-parto-normal-publico/>>

quais as estratégias de mulheres no interior do Ceará para lidar com uma assistência vista como violenta?

Foi em uma dessas cidades em que realizei a pesquisa de campo para a escrita desta tese, que tem como objetivo compreender a articulação de saberes, aprendizagens e as estratégias para evitar uma assistência vista como violenta. Assim, procurei analisar como as narrativas de mulheres em Itapipoca, em diferentes contextos, descrevem o cenário de assistência ao parto a partir de suas experiências e saberes. Isso permitiu compreender como se constroem estratégias para lidar com as violências obstétricas descritas por tantas pessoas.

Esta tese está dividida em oito seções, incluindo Introdução e Considerações Finais. A Introdução traz uma história que mais parece um “causo”, repetida por todas as mulheres que encontrei no centro de Itapipoca. “O menino na caixa de sapato” nos aponta um caminho de como as narrativas femininas, naquele contexto, nos permite aferir que há um medo generalizado quando se pensa em parto, o medo de sofrer violência. A partir disso, na Introdução delinheiro de que se trata a tese e como construí o tema, a perguntas e questões que a orientam. A seção 2, Percursos Metodológicos, discute a minha aproximação com o campo e as negociações para se estar engajada em alguns lugares específicos aos quais o campo me levava; além da pausa devido à Pandemia de COVID-19 e do registro de todo caminho percorrido. Na seção 3, Contextos: entre a violência obstétrica e o parir com respeito e dignidade, contextualizo como o termo violência obstétrica foi se estabelecendo no Brasil, observando as tensões entre as mulheres, a classe médica e o Movimento pela Humanização do Parto. Trazemos a discussão sobre como esse movimento foi se posicionando contra as violências obstétricas, reafirmando a importância de estratégias como a difusão de informação de qualidade e pautando políticas públicas que buscam modificar a assistência ao parto. Além disso, analiso como os saberes e cuidados sobre o parto foram paulatinamente transferidos do ambiente familiar para o médico-hospitalar.

Na seção 4, Percursos de partida: o parir entre Fortaleza e Itapipoca, inicio, de fato, nossa jornada, partindo das experiências de parto em Fortaleza e chegando numa cidade do interior, Itapipoca, para conhecer novos contextos do nascer. Na seção 5, Outros percursos, outras formas de parir: da serra ao litoral, aproximo-me de novos percursos, que me levaram a subir a serra e rumar para o litoral a fim de conhecer a história de duas parteiras tradicionais. Na seção 6, As estratégias e aprendizagens de mulheres de Itapipoca em busca de um parto digno e respeitoso, discuto quais as estratégias e aprendizagens das mulheres de Itapipoca para evitar um parto violento. Essa seção está dividida em três momentos principais: a “escolha” pela cirurgia cesariana, a presença de uma rede de apoio e a aprendizagem para o parto. Sendo

que quando discuti este último, percebi que a aprendizagem não é uma estratégia específica, mas um processo complexo que influencia as tomadas de decisão de cada mulher, em determinado contexto ou ambiente. Por fim, faço as considerações finais, que retomam as nossas discussões ao longo da tese e procuram apontar caminhos para tornar possível a construção de ambientes onde se discuta informação de qualidade, considerando as experiências particulares de cada mulher ainda na gestação.

2. PERCURSOS METODOLÓGICOS

Desenvolvi um trabalho que se insere na abordagem de pesquisas qualitativas (MERCADO, 2012; BOGDAN e BIKLEN, 1994) com características que convergem para os procedimentos dos estudos da etnografia (GEERTZ, 1989), já que esta possibilita captar com maior riqueza de detalhes o cotidiano do objeto de estudo, produzindo uma descrição densa sobre o processo formativo em questão. O que demandou constante observação das experiências femininas fazendo uso do “olhar e o ouvir” de pesquisador (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1998), em busca de uma descrição que faça relação entre o observado e o escrito, escrevendo o que se vê, como nos explica Macedo (2010).

Praticando uma ciência social dos fatos miúdos e muitas vezes obscuros do dia-a-dia, a descrição etnográfica – a escrita da cultura – não consiste somente em ver, mas fazer ver, isto é, escrever o que se vê procedendo à transformação do olhar em linguagem, exigindo-se uma interrogação sobre a relação entre o visível e o lisível. (MACEDO, 2010, p. 79)

O interesse pela descrição que faz relação entre o que se vê e o que se pode ler, querer migrar da virtualidade e começar a dar aula na Universidade Estadual em Itapipoca, convergiram para que escolhesse esta cidade enquanto campo de pesquisa. Os três dias por semana obrigatórios no meu trabalho como professora, poderia abrigar também minhas observações de campo. Observações que começaram sem tanta intencionalidade, e aos poucos, à medida que fui vendo e ouvindo, foram se firmando e passando a ser mais do que três dias semanais, cheios de deslocamentos territoriais ainda mais profundos e intencionais, que foram construindo a pesquisa e me reconstruindo enquanto doula/pesquisadora.

Minha aproximação com o campo me levou ao contato com as mulheres em cinco momentos da pesquisa. Primeiro, se seguiram os já descritos encontros informais. Em um segundo momento conversei com mulheres do centro de Itapipoca, durante a Pandemia de COVID-19, por isso, de forma *online*, pelo aplicativo WhatsApp. Depois, em um terceiro momento, no qual pudemos voltar aos encontros presenciais, consegui entrevistar mais algumas mulheres, ainda do centro da cidade. Numa quarta etapa, pude subir à serra e posteriormente ir ao litoral. Finalmente, por ter como referência a assistência ao parto na cidade de Fortaleza, entrevistei a única obstetrix do estado do Ceará.

Quando excluimos as conversas informais, no segundo momento da etapa, entrevistei duas mulheres pela via *online*, entre 25-35 anos, brancas, de classe média, com formação acadêmica, mães. Na terceira, entrevistei seis mulheres presencialmente. Estas tinham entre 25-75 anos, três eram brancas, classe média, duas tinham formação acadêmica e

uma somente o ensino médio, duas eram mães e uma estava gestante. As outras três eram da mesma família, um trio de filha-mãe-avó, negras, moradoras da periferia e somente uma delas tinha até o ensino médio. Na quarta etapa, entrevistei três mulheres, entre 45-65 anos, duas negras, uma indígena, moradoras de territórios de comunidades tradicionais, classe baixa, sem formação acadêmica, mães. Por fim, entrevistei a obstetriz, negra, natural do interior do Ceará, formada em obstetrícia na USP, fundadora de um coletivo de enfermeiras obstétricas que atende parto domiciliar e de um coletivo que inclui médicas, que atendem parto hospitalar.

A esse formato de amostragem dá-se o nome de *snowball*, ou bola de neve. Nesse tipo de ferramenta considera-se que o campo apresenta algumas informantes-chaves que vão nos levando a outras pessoas também importantes para a pesquisa, como já mencionado. Juliana Venuto (2014), ajuda-nos a compreender melhor:

O tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados. A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Isso acontece porque uma amostra probabilística inicial é impossível ou impraticável, e assim as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a tatear o grupo a ser pesquisado. (VENUTO, 2014, p. 202)

A partir de encontros informais fui compreendendo quais seriam as minhas mulheres sementes, que não seriam necessariamente entrevistadas, mas que me levariam a vários caminhos onde encontraria àquelas mais interessantes para as entrevistas semiestruturadas. Uma dessas mulheres sementes me acompanhou durante toda a pesquisa, muitas vezes precisei voltar a falar com ela para dirimir alguma dúvida ou para conseguir acesso a mais alguma informação que julguei importante.

2.1 Aproximações com o campo

Michel Agier diz que “descobrir um novo lugar é de início perder-se nele”. (2015, p. 19) e de certa forma, perdi-me de encanto pela cidade nova, pelas pessoas e por suas histórias. Já disse acima que falar sobre o que estava querendo pesquisar no doutorado (geralmente explicava que queria ouvir as mulheres e falar sobre o protagonismo feminino no parto) e me apresentar como doula abria um diálogo muito interessante e rico de detalhes, de sentimentos, de paixões, de observações, que era impossível não querer saber mais. E assim o projeto inicial

apresentado na seleção de doutorado, foi aos poucos ganhando novos traços. É importante pensar no projeto de pesquisa que apresentamos no início de um doutoramento como um roteiro que vai ajudar a guiar os próximos anos de caminhada. Nesse sentido, gosto muito de como nos explica Cássio Hissa (2013):

Pela tradição, o projeto é tratado como roteiro, sem o qual a pesquisa perde o seu norte e o seu espaço de reflexão sistematizada. É roteiro, é bússola. Entretanto, é um roteiro que vai se fazendo enquanto se caminha e, como tal, interroga a própria ideia tradicional de roteiro. Talvez seja uma bússola que se reprograma à medida que se caminha e, conseqüentemente, nos conduz para o exterior dos mapas prontos. (HISSA, 2013, p.54)

Desse modo, enquanto caminhava, esse roteiro foi se delineando não só pelas leituras e disciplinas acadêmicas, mas, especialmente, pelas ruas da cidade e conversas com mulheres que encontrava pelas minhas andanças. Redesenhar esse caminho etnográfico é importante para as definições da pesquisa, pois parte da atividade etnográfica é constituída da compreensão dos pertencimentos do pesquisador de campo (CARATINI, 2016, p. 60-61). E posso dizer que os percursos que me trouxeram até aqui se confundem com a profissão que escolhi seguir. Escolher ser doula foi um marco na minha vida pessoal que transformou tudo à minha volta, inclusive a escolha por esse tema de pesquisa que comecei a investigar ainda no mestrado, já que essa mudança se deu de forma concomitante a minha entrada na pós-graduação. Ouvir histórias de parto e tentar compreender como mulheres fazem para ter sua voz respeitada faz parte do meu cotidiano há nove anos.

A princípio, meu roteiro estava centrado em investigar o processo de decisão pela via de parto de mulheres que escolhem ter um doula durante a gestação e parto. Isso me levaria a estar principalmente com mulheres de classe média, maioria com graduação completa, que estão em busca de um acompanhamento integral e que podem arcar com os custos financeiros dessa escolha. Não que isso fosse um problema para a investigação que apresentei no projeto inicial, mas vale ressaltar que “Há muitos acasos no futuro das pesquisas que fazem caminhos novos e, muitas vezes na trajetória, percebem-se questões que superam as originalmente concebidas”. (HISSA, 2013, p. 95)

Foram os relatos de parto das mulheres de Itapipoca que fizeram outras questões surgirem e ampliaram o foco inicial desta pesquisa para além daquelas de classe média da capital cearense. Esses novos relatos tinham quase sempre o hospital público no centro da cidade como coadjuvante, e ninguém tinha boas experiências para contar, além do que, na época, sempre queriam relatar, além das suas histórias particulares, a trágica morte do bebê que conto no início desta tese, como se esse acontecimento fosse uma prova de que a assistência ao

nascimento na cidade era muito precária. Num encontro informal, uma mulher concluiu a conversa assim:

Todo mundo tem medo desse hospital [maternidade SUS no centro de Itapipoca], eu tive medo, não quis ter menino lá. Paguei pra fazer cesárea, e eu trabalho no hospital particular, aí já conhecia os médicos. Mais fácil, não sente dor. (Diálogo registrado no diário de campo)

Sim, iniciei essa pesquisa com pressupostos que, primeiramente, foram sendo observados na minha prática de doulagem, porque quando doula, também existe um pouco de pesquisadora que observa, pratica, reflete, escreve, supõe, muda a prática. E também com os pressupostos que se construíram a partir da dissertação de mestrado, o que me deu as bases teóricas para compreender como o movimento de parto humanizado se estabeleceu no Brasil. E essas interações me fazem uma pesquisadora do íntimo, do próximo, cheia de certezas conscientes ou não, que precisaram ser, mais de uma vez, postas em pauta e reelaboradas. Isto me aproxima do pesquisador *ethno*, como teorizado por Macedo (2010).

O pesquisador *ethno* é uma pessoa que chega totalizando e totalizando-se para realizar seu *fieldwork*; não deixa em seu *bureau* suas convicções, sua itinerância, como estudioso de fenômenos humanos, e defronta-se arduamente como sujeito/pessoa com suas próprias observações, pondo em evidência suas implicações, consubstanciadas em suas motivações, perspectivas e finalidades. *Ele compreende que para suspender preconceitos é necessário tê-los explícitos.* (MACEDO, 2010, p. 80)

Assim, mesmo apropriada de minhas convicções, o trabalho de campo me levou a rever algumas ideias antes consolidadas pela experiência em Fortaleza. Tive contato com outras narrativas sobre o parir, outras percepções sobre o que seria violência obstétrica e o que constituía, ou não, na perspectiva das mulheres, o respeito ao processo de nascimento. Em outro rumo, alguns desses relatos se aproximavam das experiências conhecidas por mim em Fortaleza. Interessante observar que essas aproximações aconteciam a despeito das distâncias territoriais ou de classe econômica entre as mulheres. Nesse contexto, a cada novo encontro com uma pessoa e suas especificidades, foi imprescindível o exercício de estranhamento do que é familiar (DaMatta, 1981).

Foi também crucial ouvir com atenção os acontecimentos que eram descritos, fazendo o esforço de não querer *ser doula* nesse processo. Como doula, tendo a dar explicações para as mulheres que me procuram e que me contam suas histórias. Por exemplo, se alguém me descreve seu trabalho de parto, é comum que, dependendo do contexto, tente conduzir alguma reflexão sobre procedimentos que poderiam ter sido evitados, pergunto sobre o plano de parto, e à medida que percebo o interesse da interlocutora, dou orientações para que esta conheça alguns de seus direitos, comunicando algo que possa ajudar aquela pessoa a se instigar a estudar,

caso venha a engravidar outra vez. Então, estar atenta para não interferir nas histórias que ouvia foi um exercício por vezes difícil de cumprir, e quando percebia que estava tendendo à interferência, fazia perguntas, para ajudar a pessoa a voltar ao centro da história.

E assim fui entendendo melhor o cenário, construindo um diário de campo e sendo apresentada a pessoas que tinham muita coisa para contar. Observando ainda surpresas que são próprias da pesquisa de cunho etnográfico, já que, segundo, Bogdan e Biklen (1994) a coleta de dados passa por um afunilamento, à medida que a pesquisa vai se desenrolando. Um processo sensivelmente desafiador e instigador de sair de mim mesma, revirando, suspendendo ideias e conceitos e estabelecendo uma experiência relacional de intercriticidade (MACEDO, 2010). Foi a partir da decisão de pesquisar naquela localidade, da construção do diário de campo e dessas interações que os itinerários da pesquisa iam se redesenhando. Até porque, como explicam Minayo e Guerreiro (2014),

O sentido ético das pesquisas antropológicas e qualitativas é dado pelo seu caráter humanístico, inter-relacional e empático. No campo da saúde, elas oferecem subsídios para a compreensão do ponto de vista dos usuários, profissionais e gestores sobre os mais diferentes aspectos: a lógica do sistema, a qualidade dos serviços, as concepções envolvidas nas tomadas de decisões e na prestação de serviços e nas representações sobre saúde, adoecimento, morte, entre outros temas. (MINAYO | e GUERREIRO, 2014, p. 1105)

Podemos dizer que empatia foi uma importante ferramenta para ouvir tantas mulheres, um movimento duplo, um olhar familiar, porque os relatos iam se repetindo, e tantas vezes se pareciam com os muitos relatos que li em redes sociais ou ouvi de mulheres em Fortaleza, e, ao mesmo tempo, um olhar de estranhamento que ia encontrando relações não só de aproximações, mas também de afastamentos. É preciso dizer que o olhar empático e a escuta interessada ajudavam para que as mulheres parassem para gastar tempo contando suas experiências.

2.2 Negociações com o campo e a Pandemia de Covid-19

A partir de encontros informais e da aproximação com as mulheres sementes (como definidas no tipo de amostragem de bola de neve) fui compreendendo quais pessoas pareciam mais interessantes de serem ouvidas em entrevistas semi-estruturadas. E eram estas pessoas das conversas informais que me diziam “Tu vai gostar de conhecer fulana!”. Um dia recebi uma mensagem com vídeos captados pelo celular que continham uma série de *stories* de uma conta da rede social Instagram. A autora era uma blogueira local, Isabelle, nos vídeos ela dizia que não se deveria ter parto normal no hospital SUS da cidade, era melhor vender tudo o que se

tinha e ter cesárea, mas sair do hospital com seu bebê nos braços bem de saúde. Por vezes, chamava o hospital de açougue. Comecei a segui-la e esta foi a primeira mulher que entrevistei formalmente. Entrei em contato com ela e disse que gostaria de conhecê-la e entender melhor sua opinião sobre o hospital, tivemos vários momentos de conversas mais rápidas usando os mecanismos daquela rede social, depois marcamos um encontro presencial. Fui até sua casa e ela foi muito aberta para conversar, senti que ela queria denunciar o hospital, e se sentiu vista e ouvida pela “professora da UECE”.

Segui os passos que se repetiram com as outras entrevistadas a partir dali, apresentando o termo de consentimento livre e esclarecido, contando um pouco mais sobre a minha pesquisa e dizendo que não tínhamos ali um objetivo fechado, que gostaria de ouvir suas histórias. Fiz perguntas bem abertas, pedi para me contar sobre seus partos e só depois de uma tarde inteira de relatos, conhecendo seus filhos, sua casa, tomando café, perguntei sobre as postagens contra o hospital. Entendendo que ela estava reagindo a mais um caso de aparente violência que teria acontecido naquela semana das postagens.

Depois dessa entrevista decidi que era hora de tentar entrar no hospital. A princípio, procurei a enfermeira chefe do centro de parto. Comecei me apresentando como doula e tentando entender se poderia acompanhar partos ali. Mas a resposta da instituição foi que não estavam habituados a ter doula e não sabiam como permitir esse tipo de acompanhamento, mas que a parturiente tinha direito a um acompanhante e se ela escolhesse a doula, não se podia fazer nada sobre isso.

Escolhi começar o diálogo falando sobre ser doula, porque queria entender se havia abertura para humanização, se sabiam o que é uma doula, se iriam me receber com a mesma abertura das mulheres que tinha encontrado até então. Achei que isso geraria mais empatia do que mostrar a figura pesquisadora. A princípio, as funcionárias que me receberam, fizeram “festa” com a chegada de uma doula na cidade e quiseram me apresentar vários projetos e até fizeram convites para que eu ajudasse em algumas atividades de amamentação (também sou consultora de amamentação há cinco anos). Enquanto as propostas iam sendo feitas, percebi que a estratégia não foi a melhor, porque houve logo um interesse de fazer parcerias de trabalho, para as quais tive dificuldade de dizer não.

É importante deixar claro que, embora tenha começado o diálogo a partir da doulagem, não escondi o objetivo da pesquisa. E aquilo o que gerou uma conexão entre nós, também me colocou em uma situação delicada, como dito acima, entretanto passando esse início de desconforto da minha parte, deixei também evidente como cheguei a ter interesse pelo

hospital a partir de relatos ouvidos. No entanto, só declarei a visão que as mulheres tinham me apresentado sobre o hospital, depois da terceira visita.

Não quis chegar com uma postura que pudesse ser vista como militante pelo parto humanizado, mas fui contando parte do que tinha ouvido. Ao ouvir sobre meus encontros com pessoas pela cidade, a enfermeira obstétrica, responsável pelo centro de parto, ia reagindo de forma bem acolhedora, preocupada em ouvir aquelas histórias, mas não confirmava ou negava nada, havia um interesse de sua parte de se contrapor a relatos negativos, contando repetidas vezes sobre as boas práticas de assistência ao parto que conheciam, sobre o banco de leite materno que ali havia e a boa estrutura do hospital.

Infelizmente, não consegui manter as visitas e negociar uma permanência mais substancial dentro dos ambientes hospitalares. Especialmente, devido à chegada da pandemia de Covid-19, porque nesse momento fui obrigada a ficar afastada da cidade. Uma das enfermeiras, funcionária do hospital à época, estava gestante e relatou que gostaria de parir ali mesmo. Mantivemos contato por meio da rede social WhatsApp e algum tempo depois do seu parto, nós nos reencontramos, também de forma virtual, para que, em entrevista, pudesse ouvir seu relato de parto.

Ainda no início da pandemia entrei em contato com uma integrante do Coletivo Sutiã, que após a repercussão da história do “bebê na caixa de sapato”, havia organizado um protesto em frente ao hospital. A procurei explicando que estava fazendo uma pesquisa e gostaria de entender como foi esse protesto. O objetivo era compreender a história do coletivo, como souberam do ocorrido, por que decidiram fazer um protesto e o que aquilo significava para a cidade na sua visão. Nosso encontro foi virtual, já estávamos em isolamento social.

Período bem desafiador para todos, a pandemia mudou tudo. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde como uma pandemia, estávamos em período letivo na UECE. Foi muito assustador estar longe de casa nesse momento, até pela falta de estrutura da Universidade, nem sabão nos banheiros nós tínhamos, a princípio nos organizamos rapidamente enquanto colegiado para exigir estrutura mais adequada para professores e alunos. Porém, com as recomendações de isolamento social, simplesmente não voltamos às atividades universitárias de forma presencial, e desse modo inesperado, precisei me afastar do campo.

Uma quarta-feira saí de Itapipoca sem ministrar a aula que estava prevista para aquela noite, e não voltei mais a dar aula presencial na UECE, meu contrato se encerrou e o isolamento ainda permanecia. Nesse momento minha pesquisa ficou em suspenso, não conseguia me organizar pessoalmente diante de tantas mudanças, o medo em mim era enorme.

Para minha pesquisa foi um impacto bem significativo, como foi para muitos colegas que também estavam fazendo trabalho de campo. Estava em plena atividade, ainda conquistando a confiança de interlocutores e tudo precisou parar. As pessoas estavam em grande sofrimento e muito preocupadas, eu, particularmente, tive uma crise de pânico no segundo mês de isolamento e não conseguia voltar à pesquisa. Somente depois de uns seis meses, consegui voltar de forma virtual. E depois do primeiro período de relaxamento com o isolamento social consegui voltar à cidade.

Durante a primeira onda da pandemia, o Coletivo Sutiã se fundiu com outras mulheres da cidade e foi fundado o MUMI – Movimento Unificado de Mulheres de Itapipoca e a articuladora foi a Nínivea. Uma professora de história que já tinha trabalhos com a política local e com quem fiz o contato para articular minha volta ao campo. Ela virou uma informante preciosa, muitas vezes voltei a contactá-la para entender alguma dinâmica que me escapava.

Em uma longa tarde de entrevista, Nínivea me contou sobre uma parteira tradicional que morava na comunidade de Nazaré e me apresentou a uma líder comunitária que serviria de guia durante os três dias em que estive ali. O encontro com a parteira precisou mesmo de uma intermediária, já que essa era bem idosa e tinha dificuldade de conversar. Na verdade, todos achavam que a parteira não me receberia, a descreviam como alguém muito irritada e mal-humorada, que não gostaria muito de receber visitas. No entanto, fui bem recebida e consegui duas horas de uma entrevista desafiadora, mas frutuosa.

A guia me levava para todo lado e depois de ver a dificuldade da primeira entrevista, perguntou se eu gostaria de falar com alguém que tivesse “parido nas mãos de Zilda (a parteira)”. Prontamente aceitei, e dali mesmo seguimos em direção à casa dessa mulher, onde consegui compreender alguns processos de parir naquela localidade. Nos dias que se seguiram, fui a atração principal do local, todas as pessoas queriam vir me conhecer e as mulheres me contar suas histórias de parto. Nem só de entrevista foram esses momentos, fui a uma festa de aniversário, me levaram para tomar banho de cachoeira e comer peixe, comi muitas frutas do pé e sofri com o frio que fazia nas noites, o que deixava meus anfitriões intrigados e se divertindo rindo de mim.

Em outra ocasião, Nínivea novamente intermediou uma viagem para o encontro com Dijé, parteira tradicional da comunidade indígena do litoral de Itapipoca. Essa foi uma negociação mais complexa. Conversamos por telefone algumas vezes e foi difícil me adaptar ao seu tempo, porque ela também é uma liderança em sua comunidade e estava bem engajada em processos de militância política em Brasília, precisando fazer algumas viagens. Quando finalmente nos encontramos, passei um dia inteiro em sua companhia, conheci alguns de seus

filhos e netos, almocei com eles, conheci o lugar onde eram enterrados os cordões umbilicais de seus filhos, e a escola indígena onde ela também trabalha.

Se a negociação até nosso encontro foi complexa, nosso diálogo foi bem simples e até emocionante, por se tratar de uma parteira bem mais jovem, articulada, acostumada a dar entrevistas (visto que é irmão do pajé e ela é uma líder em sua comunidade) e que tinha memória viva de suas vivências como parteira e parturiente.

Houve contato com outras mulheres, sempre nessa mesma dinâmica, uma me apresentava à outra e rapidamente conseguíamos criar um laço de confiança onde me contavam suas histórias, a maioria em tom de desabafo. Todos os encontros e desencontros, registrados de tantas formas, foram essenciais para a construção desta tese e, de certa forma, uma reconstrução de mim enquanto doula.

2.3 Registros

Foram muitos caminhos para chegar até aqui. Para que esta pesquisa fosse realizada, fez-se fundamental o uso do *diário de campo* (MACEDO, 2010). Nas andanças pela cidade e conversas informais, quando voltava para casa ou quando me afastava das pessoas, fazia minhas observações. Sempre registrava em áudio, por meio de um aplicativo do celular, aquilo que percebia e o que lembrava das conversas. Quando ouvia meus registros, antes de passar para o diário de campo, já gerava outro recurso de reflexividade, retomando a construção feita em cada encontro e exercitando mais uma forma de estranhamento do que me era, a princípio, familiar. Nesse exercício, buscava retomar a ideia de Macedo (2010), de que

à medida que os atores se comunicam e falam, constroem em conjunto a pertinência do contexto, escolhem os elementos de que têm necessidade no imediato. É no fenômeno da reflexividade que se evidencia o caráter dinâmico dos contextos, na medida em que estes são constituídos e se constituem nos âmbitos das relações instituinte/instituído. (MACEDO, 2010, p. 33)

Buscava fazer as observações desses contextos o mais rápido possível, para que nada de importante se perdesse na memória, como salientam Bogdan e Biklen (1994):

Sempre que considerar que um acontecimento a que assistiu ou um diálogo em que se envolveu é relevante, anote as imagens que estes lhe despertam. [...] Sempre que palavras, acontecimentos ou circunstâncias sejam recorrentes, mencione-os nos comentários do observador e especule sobre seu significado. [...] Se der conta que há sujeitos que têm algo em comum, saliente essas semelhanças nos comentários do observador. O objetivo é estimular o pensamento crítico sobre aquilo que observa e o de se tornar algo mais que máquina de registro. (BOGDAN, BIKLEN, 1994, p. 211)

Segundo os autores acima, nas notas de campo, o investigador descreve pessoas, objetos, lugares, acontecimentos, atividades e conversas, bem como registra ideias, estratégias, reflexões e palpites que emergem da observação. Seguindo tal conselho, escrevia notas sobre as interações e nesse processo de escuta e escrita, visava compreender os contextos das construções culturais sobre parir e nascer naquela cidade.

A escrita do diário seguia, quase sempre, a mesma ordem, primeiro ouvia os registros em áudio das minhas lembranças e observações gravadas logo após as interações, e depois fazia o registro escrito tentando focar em uma descrição etnográfica dos fatos como descreve Laplantine: “A descrição etnográfica não tem nada de introspectiva. Não é a intimidade de cada um que importa, mas o outro em sua especificidade, sua diferença e sua variação”. (LAPLANTINE, 2004, p. 51). Essas descrições foram minha primeira fonte de reflexão sobre o campo que estava conhecendo, como apresento no trecho abaixo que ressalta alguns dos aspectos mais marcantes das minhas impressões iniciais:

Diante dessa realidade, percebi que meu campo de pesquisa é minha vida, a todo instante me deparo com pessoas curiosas sobre quem eu sou e o que eu faço em Itapipoca, e quando me apresento, sempre digo que sou professora da UECE e doula. Vejo os rostos intrigados e sigo a explicação sobre o que é uma doula e o que ela faz, os homens acham interessante, fazem perguntas, querem saber se é igual parteira, mas as mulheres, querem me contar as suas experiências de parto, e não só as suas, mas de suas vizinhas, irmãs, tias, mães. Os relatos variam muito, mas a maioria dos partos normais aconteceu na maternidade do São Camilo e vêm acompanhados de histórias de violência obstétrica e de indignação. Também escuto muito uma história recente de um bebê que ia nascer com o auxílio do fórceps e foi, aparentemente, decepado, por causa de erro médico. Já quando os relatos são de cesariana, vêm acompanhados de uma fala que é quase como uma justificativa para mim, parece que estão me pedindo desculpas por terem feito a cirurgia e dizem que queriam muito o parto normal, mas não deu (vários motivos que não são justificam a cirurgia), ou que não estavam dispostas a sofrer no São Camilo. (diário de campo 2019)

Como se pode notar, esses encontros me geravam muitos sentimentos conflitantes, ficava muito impressionada com os relatos negativos que tinham o hospital do centro da cidade como ator importante. Queria ouvir todas as pessoas que me procuravam, mas sabia que seria impossível dar atenção a todas, e assim, fui me interessando por umas histórias mais do que por outras. Neste percurso, a entrevista foi, como não poderia deixar de ser, uma ferramenta primordial. Geraldo Romanelli (1998) descreve a entrevista como um tipo específico de sociabilidade no qual duas pessoas estranhas forjam uma parceria que produz algo novo.

A entrevista é uma relação diádica, que cria uma forma de sociabilidade específica, limitado no tempo, sem continuidade em que, inicialmente, os parceiros da díade se defrontam como estranhos, pautados por uma alteridade que aparentemente não admite o encontro e que deve ser superada para que a matéria prima do conhecimento possa ser produzida durante esse encontro que transforma estranhos em parceiros de uma troca. (ROMANELLI, p. 126)

Essa descrição de entrevista dá pistas de como usei essa ferramenta, primeiro entrando em contato por telefone, no qual era explicado o motivo do meu interesse naquela pessoa, bem como tentava negociar um encontro presencial, adaptando-me às suas necessidades de tempo e localidade. Quando estava frente a frente com a entrevistada, mesmo inicialmente estranhas, ali formava-se uma relação específica de confiança e entrega, até porque tratávamos sempre de assunto muito íntimo e passional.

Em intervalos relativamente longos, devido ao distanciamento social, fiz entrevistas presenciais, todas gravadas com a devida autorização. Foram alguns encontros com três mulheres no centro de Itapipoca, uma viagem para a serra, onde entrevistei mulheres da comunidade quilombola e uma viagem ao litoral, onde entrevistei Dijé. Em algumas ocasiões as encontrei em seus locais de trabalho, nesse caso, passava algumas horas e algumas vezes era interrompida pelos afazeres do dia a dia. Em outros encontros, estive em suas residências, por tardes inteiras, o que propiciava mais tempo de conversa sem interrupções.

Ainda por ocasião do isolamento social, algumas entrevistas precisaram ser por intermédio de chamada de vídeo pela rede social WhatsApp. Nessas ocasiões passava cerca de duas horas conversando e usava um segundo celular para gravar os áudios. Tive muita dificuldade até encontrar essa forma, tentei alguns aplicativos para gravar a tela do celular, sem sucesso, até concluir que a melhor opção seria de fato usar outro aparelho como os antigos gravadores.

A cada encontro ia tomando nota de narrativas que refletiam sobre seus desejos, seus medos, a assistência de parto recebida e suas famílias. Tomaz Tadeu da Silva (1996) explicita que as narrativas podem servir para a produção de “identidades e subjetividades contra hegemônicas, de oposição”. (SILVA, 1996. p. 177), histórias podem ser criadas, modificadas, reinventadas e essa teoria dialoga de forma particular com esta tese, posto que, nesse caso, não seriam a impressão fiel da realidade, mas a visão particular daquela que passou pela experiência contada. Por sua vez, Galvão (2005), fala sobre narrativas nos seguintes termos:

A narrativa, como metodologia de investigação, implica uma negociação de poder e representa, de algum modo, uma intrusão pessoal na vida de outra pessoa. Não se trata de uma batalha pessoal, mas é um processo ontológico, porque nós somos, pelo menos parcialmente, constituídos pelas histórias que contamos aos outros e a nós mesmos acerca das experiências que vamos tendo. (GALVÃO, 2005, p. 330).

Dito isso, pelo exposto, é importante ressaltar que as *narrativas* das gestantes e puérperas são uma forma de compreender como se dá a relação com os diversos saberes e aprendizagens que circundam a questão do parto e quais estratégias as mulheres estão

articulando para lidar com uma assistência violenta de parto. Souza (2007) nos explica ainda que a narrativa também pode ser vista tanto como abordagem de investigação, quanto como formação, já que falar já produz um conhecimento, que vai além de si, mas também evoca o cotidiano e a alteridade através da subjetividade. É sobre as narrativas de mulheres sobre o parto, central para esta tese, que me debruço mais adiante.

*que alívio
descobrir que
as dores que pensei
serem só minhas
também eram de tanta gente*

rupi kaur

3. CONTEXTOS: ENTRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PARIR COM RESPEITO E DIGNIDADE

As dores de uma são dores de todas e de todos. O movimento pela humanização do parto parece ter ligação direta a essa afirmação, sim, não estamos falando somente sobre um grupo de mulheres específico, mas sobre a forma de nascer e isso se relaciona com a humanidade. “Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer” (Michel Odent) é uma frase, repetida à exaustão por doulas e militantes, que observa a importância desse tema para nós enquanto sociedade. E mudar a forma de nascer se relaciona com o respeito à dignidade e protagonismo da mulher e as lutas feministas.

Neste capítulo, então, contextualizamos como o termo violência obstétrica foi se estabelecendo no Brasil, observando as tensões entre as mulheres, a classe médica e o Movimento pela Humanização do Parto. Trazemos a discussão sobre como esse movimento foi se posicionando contra as violências obstétricas, reafirmando a importância de estratégias como a difusão de informação de qualidade e pautando políticas públicas que buscam modificar a assistência ao parto. Além disso, analisaremos como os saberes e cuidados sobre o parto foram paulatinamente transferidos do ambiente familiar para o médico-hospitalar.

Desse modo, o Movimento pela Humanização do Parto, como já foi dito, se beneficiou com as possibilidades de produção de conteúdo pela Internet. A difusão de conhecimento é um ponto importante para que as mulheres aprendam sobre seus direitos e tenham acesso a um conhecimento atualizado sobre a assistência ao parto. Entre o conteúdo que se vê amplamente divulgado na rede, estão estratégias de enfrentamento à violência obstétrica, entre elas, a busca por informação de qualidade, a elaboração de um plano de parto, exigir a entrada de um acompanhante, e solicitar a cópia do prontuário médico para um eventual processo.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM onde se descreve que historicamente a busca por serviços de

saúde, por parte das mulheres, está marcada por “discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico” (BRASIL, 2004, p. 59) e a proposta é humanizar as ações de saúde para resolver alguns desses problemas e aumentar a satisfação das usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS, como se descreve em documentos oficiais.

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. (BRASIL, 2004, p. 59)

Aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos está no escopo das discussões sobre violência obstétrica, afinal a luta pelo parto humanizado preconiza não só assistência baseada em evidências científicas, mas, num contexto mais amplo, é também uma luta pelos direitos humanos, por práticas que promovam a autonomia e o exercício dos direitos de cidadania na busca por um parto com dignidade.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 1º, inciso III, estabelece que a dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. Esse princípio é garantido pelo Estado, que deve assegurar a todos os cidadãos o pleno exercício de seus direitos fundamentais. A ideia de dignidade é a base da igualdade e da não discriminação e o fundamento de todos os direitos humanos.

O princípio da dignidade é também consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que, em 1948, foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Ela afirma que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos e que “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

A *violência obstétrica* está inserida num escopo de outras violências contra a mulher na área da saúde que fere sua dignidade e os direitos humanos. Esse tema vem sendo mais divulgado à medida que as denúncias tomam espaço entre mídia e redes sociais. Mas apesar de já ser um termo que está se popularizando, ainda não tem uma tipificação em lei federal (SOUZA, 2022). Talvez, a denúncia que mais teve visibilidade midiática até hoje foi a da influenciadora digital Shantal Verdelho (que tem mais de um milhão de seguidores na rede social Instagram).

Esta denúncia tem, entre outras evidências, vídeos gravados pelo esposo durante o parto como prova do abuso. Nas imagens se vê que ela sofreu vários xingamentos e que o

obstetra Renato Kalil usou palavrões e expôs partes íntimas dela para o marido com comentários de baixo calão durante a assistência ao parto. Além disso, durante o período expulsivo do parto, o médico manipulou de forma excessiva o períneo da paciente, tentando convencer o esposo a fazer uma episiotomia. Como descreve Shantal Verdelho:

Foram 48 horas que eu fiquei no hospital. Eu acho que foi um trabalho de parto de aproximadamente umas 12 horas. Ele chegou somente nas duas horas finais que foi quando mudou o clima assim, ele chegou muito apressado. Eu não entendi o porquê de tamanha pressa e aquela agonia toda. E ficava insistindo para o Mateus para que fosse feita a episiotomia num tom como se: “Olha aqui vai rasgar aqui”. É onde a gente teria relações no futuro. “Então, é melhor eu dar um pique aqui é melhor eu dar uma cortadinha aqui”. Ele fica falando isso para o Mateus como se eu não tivesse ali, e como se a decisão não fosse minha. (G1, 2022)

A sua descrição deixa muito clara os sentimentos de falta de acolhimento, a sensação de pressa do médico e, principalmente, o espanto de ver que uma decisão tão importante, como cortar o períneo dela, fora discutida como se ela não pudesse dar sua opinião. E continua: “Não tinha a menor necessidade de ele tentar me rasgar com as mãos e isso é feito várias vezes. Ele basicamente faz o parto inteiro fazendo esse movimento com a minha vagina, tentando abri-la. Já que ele não teve o corte, ele tenta com as mãos”. O parto aconteceu em 2021¹⁵, na cidade de São Paulo, mas a divulgação da história veio depois de alguns áudios, que foram vazados, da mulher para suas amigas contando sobre o ocorrido. Nesses áudios, Shantal demonstra surpresa quando quis rever o dia do nascimento da segunda filha. Esse relato dela, dado ao Fantástico e noticiado pela página de notícias G1, são impressões e reflexões feitas a partir da memória e após ter assistido aos vídeos. Isso é interessante notar, porque essa é uma das dificuldades de se denunciar esse tipo de violência, às vezes demora muito tempo até que a mulher, ou a família, compreendam que sofreram o abuso.

Esse caso teve espaço em redes sociais, canais de reportagem e recebeu atenção no programa televisivo da Rede Globo, Fantástico. Em outubro de 2022 o Poder Judiciário, em primeira instância, negou a denúncia pelos crimes, feita pela Promotoria de Violência Doméstica, mas em julho de 2023 o Tribunal de Justiça julgou procedente o recurso do Ministério Público e aceitou a denúncia de Shantal contra o médico obstetra por lesão corporal e violência psicológica durante o parto, o que pode influenciar outras mulheres a fazer denúncias, porque sentem que podem ser ouvidas.

¹⁵ Cf. <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2023/07/27/tribunal-de-justica-aceita-denuncia-contramedico-renato-kalil-por-lesao-corporal-e-violencia-psicologica-no-parto-de-shantal.ghtml>.

A violência obstétrica foi assim chamada primeiramente em 2007, na Venezuela, na *Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres*, no artigo 51 que descreve:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergências obstétricas.
 2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
 3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarla o amamantarla inmediatamente al nacer.
 4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
 5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- (VENEZUELA, 2007)

Na lei venezuelana estão previstas multas ao profissional de saúde e/ou instituição, além de procedimentos disciplinares das associações profissionais ou sindicatos. No Brasil, em 2013, a fotógrafa Carla Raiter, em parceria com a produtora cultural Caroline Ferreira, criou o projeto *1:4: Retratos da Violência Obstétrica*, em que fotografaram marcas da violência nos corpos de algumas mulheres, com a intenção de denunciar dados nacionais que apontam que uma a cada quatro mulheres são vítimas dessas dores.

Imagem 01 – “1:4: Retratos da Violência Obstétrica”¹⁶



Fonte: Portal Gelédes

As imagens do projeto são chocantes, acima um exemplo que registra a cicatriz de uma episiotomia¹⁷ malfeita. Pode-se ver a cicatriz na coxa da mulher, quando o corte, que não

¹⁶ Cf. em: <<https://www.geledes.org.br/uma-em-cada-quatro-mulheres-e-vitima-de-violencia-obstetrica-no-brasil/>>. Acesso em abr 2022.

¹⁷ Rezende (2005) traz a definição de Episiotomia como uma incisão cirúrgica na região da vulva, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a liberação do concepto e evitar lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo.

é recomendado, mas também ainda não é proscrito pelas recomendações oficiais de boas práticas de assistência ao parto, se feito, deveria ser apenas no períneo. Santos e Santos (2016) contam-nos um pouco do histórico desse procedimento.

Embora não seja conhecida exatamente quando a prática da episiotomia começou, um relatório, em 1741, sugeriu a abertura cirúrgica do períneo como meio de salvar a vida de uma criança e evitar lacerações graves perineais (OULD, 1741). A partir de então, tornou-se um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo, mas sem evidências científicas de sua eficácia. Na atualidade, as taxas de episiotomia seguem altas em todo o mundo e variam de 9,7% (Norte da Europa - Suécia) a 96,2% (América do Sul - Equador), com taxas mais baixas em países de língua inglesa (América do Norte - Canadá: 23,8% e Estados Unidos: 32,7%) e em muitos países (América do Sul - Brasil: 94,2%, África do Sul: 63,3% e Ásia - China: 82%). (SANTOS e SANTOS, 2016, p. 43).

Quanto à episiotomia, Melania Amorim, em parceria com Leila Katz evidenciaram em revisão de literatura, (AMORIN, KATZ. 2008) que o emprego da episiotomia de rotina, que comumente é visto como forma de proteger o períneo feminino, o assoalho pélvico e também o bebê de possíveis lesões de parto, na verdade não reduz a incidência de asfixia neonatal; não protege o assoalho pélvico materno; aumenta a frequência de dor perineal, dor durante a relação sexual, perda sanguínea, laceração do esfíncter anal, lesão retal, e incontinência anal. “Em relação à prática da episiotomia, alguns autores sugerem que a melhor recomendação é representada pelo ditado: Não faça nada, sente-se!” (AMORIN, KATZ. 2008).

Apesar dessas dores ainda ficarem invisibilizadas, como tantas outras dores femininas, a luta pela humanização do parto, que é um movimento difuso, ajuda a trazer luz a essa e tantas questões que as dores que pensamos ser só de uma, são também de tanta gente.

3.1 A busca para parir com respeito, sem violência

A expressão industrialização do parto, usada por Michel Odent (2003) para caracterizar a hospitalização do ato de parir, remete-nos à esteira de uma fábrica de quando o fordismo surge com o objetivo de sistematizar a produção em massa. Charles Chaplin já nos mostrou, há anos, como o corpo humano pode se confundir com a máquina, perder sua individualidade e, na verdade, não fazer ideia do que está produzindo.

Em ambiente hospitalar isso pode ser observado com rotinas e protocolos que transformam a mulher em uma paciente que pouco ou nada opina sobre o seu corpo, aquilo que se passa em trabalho de parto ou sobre o corpo do seu bebê logo após o nascimento. Em meados do século XX a industrialização do parto entra numa nova fase, ainda segundo Odent (2003), graças a uma série de avanços tecnológicos, como a melhoria das técnicas da cirurgia cesárea

(com uma incisão baixa e horizontal e não mais longitudinal ao longo da barriga); o uso de anestésicos pós-guerra; a organização de transfusão de sangue e disponibilidade de antibióticos. Todos esses fatores possibilitaram o avanço da cesariana como uma cirurgia confiável.

No Brasil, a recente historiografia sobre ginecologia e obstetrícia, segundo Andreza Nakano e colaboradores (2016, p.158), “foi escrita por pesquisadoras interessadas nas transformações das visões sobre a mulher e seu corpo, bem como pelas formas específicas de sua inserção no discurso médico-científico (ROHDEN, 2001; MARTINS, 2004; FREITAS, 2008)”. Os autores entendem que, no final do século XIX, o desenvolvimento da cirurgia é um marco importante para o desenvolvimento da cadeira de clínica obstétrica e ginecologia na faculdade de medicina do Rio de Janeiro, pelo professor Fernando Magalhães e depois pelo seu discípulo Jorge Rezende, que lançou em 1941 seu primeiro livro “Contribuição ao estudo da operação cesariana abdominal”. Este ainda é o autor mais usado nos cursos de obstetrícia no Brasil.

Falar sobre a hospitalização e industrialização do parto, é falar também sobre a educação médica, tanto no que diz respeito à formação acadêmica, quanto o que vemos nos consultórios e nas maternidades que parecem não se atualizar sobre as principais evidências científicas. O discurso comum nos consultórios, como já viemos discutindo, parece não se basear em dados, mas se apoiam nos anos em que estão atuando ou nas práticas médicas de seus preceptores. Uma médica que acompanhei em alguns partos, por exemplo, disse que se sentia sozinha na sua residência em obstetrícia (em um hospital público de Fortaleza), porque os colegas diziam “se os professores fazem episio, quem sou eu para não fazer”. Também chegou a dizer que existe muito medo em “fazer diferente e dar algum problema”. Esse relato sugere que, entre alguns, há considerável resistência de aprender formas diferentes de apoiar e atender mulheres.

A violência obstétrica é um termo e um tema bastante recente e que ganha força com a difusão da Humanização do Parto. De um lado, a dor passa a ser entendida como algo natural e própria do processo de nascimento, que pode ser aliviada, não somente por tecnologias invasivas, mas retomando práticas que se assemelham muito às práticas das antigas parteiras. Em consonância, profissionais e mulheres também passam a rejeitar práticas que não estão alinhadas com a Medicina Baseada em Evidência Científica, um dos pilares do parto humanizado.

Pode-se considerar exemplos de violência obstétrica: xingamentos, humilhações, comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da orientação sexual, da idade, da classe social, do número de filhos; intervenções que já não seguem a MBE

(como episiotomia de rotina ou manobra de Kristeller); lavagem intestinal durante o trabalho de parto; amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar; impedi-la de se alimentar e beber água durante o trabalho de parto; negar anestesia, inclusive no parto normal; dificultar o aleitamento materno na primeira hora; proibir o acompanhante, que é de escolha livre da mulher. Também é preciso compreender que essa discussão está imersa em outros estudos feministas e de outras formas de violência sofrida por mulheres¹⁸, como explica Souza (2022);

A historicidade do conceito, portanto, perpassa as questões relacionadas ao tema violência em âmbito mais geral, que se configura como um fenômeno sócio-histórico e envolve processos econômicos e políticos. Esta temática vem sendo abordada do ponto de vista de análises teóricas que, em alguns casos, influenciam no questionamento de práticas efetivas no âmbito de políticas públicas. Desta forma, o contexto histórico que envolve a tematização pública da violência contra a mulher, antes relegada à esfera privada e, constantemente, ao núcleo familiar, apresenta repercussões no âmbito da saúde das mulheres e, juntamente, com aquelas produzidas contra elas no campo institucional, conformam o quadro de violações de direitos contestados por militantes de diversos grupos sociais de mulheres e feministas, assim como dos movimentos sociais na área da saúde. (SOUZA, 2022, p. 21)

A violência obstétrica é mais uma forma da violência sofrida por mulheres, e não se refere somente a ação de profissionais de saúde que cuidam do período gravídico e de pós-parto, mas sim à pessoa grávida ou puérpera, ou seja, qualquer pessoa pode praticar esse tipo de violência. Apesar de Gabriela Zanardo e colaboradores (2017) considerarem, apoiadas em outros estudos, que essa violência seria “a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto” (Zanardo et. al., 2017, p.5), não há, na verdade, um consenso sobre a definição em si. A Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa¹⁹, elaborou uma cartilha sobre violência obstétrica onde afirma que:

A violência institucional na atenção obstétrica, também chamada de violência obstétrica, é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero. (KONDO, et. al., 2014, p.20)

Isso é um ponto importante, porque há um movimento da classe médica para negar o uso desse termo, com a justificativa de que o uso deste colocaria a sociedade contra médicos obstetras. Em 2019, no governo do então presidente Jair Bolsonaro, o Ministério da Saúde,

¹⁸ Não trataremos da temática de violência sofrida por pessoas transsexuais, mas é importante lembrar que homens trans engravidam e podem ser alvo de violência obstétrica.

¹⁹ Cf. em <<https://www.partodoprincipio.com.br/>> Acesso jan/2023.

contra todo o movimento de humanização do parto, solicitou que o termo não fosse mais usado, apesar de admitir que a violência obstétrica se refere à mulher no período gravídico-puerperal, colocou-se contra o termo por argumentar que o profissional da saúde não tem intenção de prejudicar a mulher. Isso pode ser lido no documento:

O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério. O Ministério da Saúde pauta todas suas recomendações pela melhor evidencia científica disponível, guiadas pelos princípios legais, pelos princípios éticos fundamentais, pela humanização do cuidado e pelos princípios conceituais e organizacionais do Sistema Único da Saúde. [...] Ratifica-se, assim, o compromisso das normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação. Percebe-se, desta forma, a **impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.** (Grifo nosso)²⁰

Três dias depois da publicação deste documento, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) lançou uma nota de apoio com as palavras de um de seus conselheiros, Raphael Câmara Medeiros Parente, declarando que há anos lutam contra o uso do termo violência obstétrica porque “abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com a gestante”, e que a luta das gestantes deveria ser contra a violência institucional por parte das maternidades que não prestam um bom serviço e que não dão estrutura para o trabalho médico. E, portanto, “É contra isso que as pacientes devem lutar e não contra nós, médicos atirados por pessoas de viés ideológico antimedicina.”²¹ O CREMERJ declara que luta não pela atualização médica, ou contra as más condições de trabalho para os médicos, está interessado em lutar contra uma expressão: violência obstétrica, como se não falar sobre, apagasse o ato. O que ele parece ignorar são as inúmeras denúncias recebidas pelos canais oficiais do governo e tantos estudos e documentários já feitos que abordam essa temática ouvindo mulheres relatarem um sem fim de violências.

Há de se considerar também um viés muito importante quando o assunto é violência sofrida por mulheres em trabalho de parto, o racismo estrutural. Segundo Silvio Almeida (2019), o racismo não pode ser considerado apenas um desvio de caráter ou uma doença daqueles que o cometem, mas precisa ser encarado como algo comum que estrutura a nossa

²⁰ Cf. em: <

<https://www.cremelj.org.br/informes/exibe/4270#:~:text=O%20CREMERJ%20apoia%20a%20posi%C3%A7%C3%A3o,continuum%20gesta%C3%A7%C3%A3o%2Dparto%2Dpuerp%C3%A9rio.>> Acesso em. 06 jun 2023.

²¹ *Idem*

sociedade, que se organizou sobre uma ideia escravocrata que nos acompanha até os dias de hoje.

O racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural. Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é regra e não exceção. O racismo é parte de um processo social que ocorre “pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição”. Nesse caso, além de medidas que coíbam o racismo individual e institucionalmente, torna-se imperativo refletir sobre mudanças profundas nas relações sociais, políticas e econômicas. (ALMEIDA, 2019, p. 50)

Essa estrutura que forma a nossa sociedade, logicamente, influencia as relações e vivências de violência no parto, sofridas por mulheres negras, ainda mais se unimos a esse conceito, a ideia de interseccionalidade, termo cunhado por Kimberlé Crenshaw em 1989 e retomado por Karla Akotirene, em livro de mesmo nome (2019), que nos ajuda a compreender a localização da mulher negra na estrutura social e considera que além do sexismo, essas mulheres são sociabilizadas a partir de marcadores da racialidade. Desse modo, “a interseccionalidade permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias, além do fracasso do feminismo em contemplar mulheres negras, já que reproduz racismo.” (AKOTIRENE, 2019, p.019). bell hooks (2019) também posiciona os marcadores de raça quando se refere às teorias feministas,

Se é verdade que muitas mulheres são vítimas da tirania sexista, há poucos indícios de que isso crie um “elo comum entre todas as mulheres”. Há muito mais evidências corroborando o fato de que as identidades de raça e classe criam diferenças – raramente superadas – em termos de qualidade de vida, *status* social e estilo de vida, e que isso impera sobre todas as experiências comuns compartilhadas pelas mulheres. (HOOKS, 2019, p. 31)

As pesquisas em saúde têm registrado como essas desigualdades segundo raça/cor influenciam “níveis mais elevados de adoecimento e morte por causas evitáveis, desde as doenças infecto parasitárias até aquelas relacionadas à violência.” (LEAL, 2017, p.02). Esse corpo negro, pode-se dizer que é socializado a partir da marca do servir. Pensando na mulher negra, desde a colonização, podemos, inclusive, destacar que maternidade e família eram privilégio de mulheres brancas, já que os corpos pretos eram tidos como propriedade e não poderiam constituir esse tipo de laço familiar. Além disso, os filhos de mulheres negras foram, muitas vezes, fruto de estupros e afastados delas logo cedo. A figura da ama de leite é uma mulher negra que, tendo parido, é afastada da sua cria para dar seu leite aos filhos da sinhá, como nos aponta Muaze (2018).

Entre as mulheres das classes dominantes, as justificativas para o não aleitamento eram tanto de ordem física (a amamentação era prejudicial à saúde feminina, naturalmente mais fraca, ou deformava os seios e o corpo), como moral (o ato de amamentar não era digno de uma dama, causava volúpia e era sinal de falta de pudor) e sexual (acreditava-se que a vida sexual deveria ser interrompida durante a amamentação, pois contaminava o leite). [...] na América Portuguesa foram as escravas negras que criaram os filhos dos senhores. A disseminação desta prática sofreu grande impulso com a chegada da corte em 1808 [no Brasil] e envolvia, majoritariamente, a proibição de que a escrava convivesse e aleitasse o seu filho. (MUAZE, 2018, p. 365)

Em consequência dessa estrutura, ainda hoje, percebe-se que a representação do corpo feminino negro faz com que este seja visto como um corpo que “aguenta mais dor” em comparação ao corpo supostamente frágil e angelical da mulher branca. Fragilidade, aliás, que serviram, muitas vezes, de argumento para intervenções no parto (LUZ, 2014), então podemos dizer que os mesmos pressupostos não são usados para *toda* mulher, e as violências obstétricas se diferenciam. Então, vale ressaltar que somos diversas e também diversas são as nossas pautas. Podemos pensar com bell hooks, intelectual e feminista negra, que nos aponta que precisamos compreender a diversidade de mulheres para que todas possam ser livres. E podemos tomar sua definição que diz que o feminismo: “é um movimento para acabar com o sexismo, exploração sexista e opressão” (hooks, 2019, p. 17).

A autora nos aponta que o feminismo clássico, muitas vezes, ajudou a enfatizar uma forma específica de ser mulher, negligenciando as diferenças. Dá como exemplo a pauta do trabalho fora de casa e assalariado. Ora, quando as feministas brancas lutaram pelo direito de “sair de casa”, esqueceram que as mulheres negras já trabalhavam fora de casa, quase sempre em serviços de cuidado, vistos como de menor valor, sem ter o direito de escolher cuidar da própria família e de seus filhos, por exemplo.

O pensamento feminista reformista, focado primordialmente na igualdade em relação aos homens no mercado de trabalho, ofuscou as origens radicais do feminismo contemporâneo que pedia reforma e reestruturação geral da sociedade, para que nossa nação fosse fundamentalmente antissexista. A maioria das mulheres, em especial as mulheres brancas privilegiadas, deixou até mesmo de considerar noções do feminismo revolucionário, quando começou a alcançar poder econômico dentro da estrutura social existente. (hooks, 2019, p.21)

Desse modo, enquanto às parturientes de pele clara e poder aquisitivo maior se oferece anestesia, cirurgia cesariana sem indicação médica, as negras são as maiores vítimas de falta de analgesia. E assim, como resultado de um estudo, Leal (2017) apresenta uma lista de violências cometidas contra estas.

As puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto. As pretas também receberam menos orientação durante o pré-natal sobre o

início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada. A chance de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas. (LEAL, 2017, p. 5)

Assim, de forma contundente, podemos afirmar que a humanização, de fato, chega às pessoas brancas e com maior condição financeira com muito mais força do que para as usuárias do SUS, por exemplo (maioria pretas e pardas). Um fenômeno relevante sobre este tema é o que se chama de disponibilidade médica. Profissionais ditos humanizados, formam equipes, (geralmente constituídas por médica e enfermeira obstétrica) que cobram valores, que podem chegar a R\$14.000,00 (quatorze mil reais) em Fortaleza, para acompanhar a parturiente durante o trabalho de parto.

Diz-se disponibilidade porque a mesma equipe que acompanhou o pré-natal fica de prontidão para acompanhar a mulher logo que esta entra em trabalho de parto, e com ela permanece durante o tempo que este dure. Em oposição a esse modelo, têm-se, nos hospitais públicos e particulares, equipes de plantão, quando a mulher não escolhe o profissional que a acompanhará. Esse fenômeno da disponibilidade é alimentado tanto pelo desejo de ter “uma médica pra chamar de minha”, quanto pelo receio de sofrer violência obstétrica caso esteja sob os cuidados de uma equipe plantonista.

Vemos assim dois cenários, quando pensamos em autonomia feminina no parto, bem estabelecidos, de um lado mulheres e famílias que podem pagar por um serviço de suposta maior qualidade, por outro famílias que estudam, informam-se, preparam-se, mas, tendo que parir nos plantões obstétricos, ainda sentem muita insegurança e precisam fazer um caminho de menos autonomia, por muitas vezes terem que se sujeitar às violências simbólicas e físicas. Isso se verifica muito claramente nos relatos feitos nas redes sociais, por exemplo.

Em Itapipoca, o medo de sofrer violência obstétrica se manifesta de forma um pouco distinta. As famílias que possuem maior condição financeira, ou viajam para ter seus partos em Fortaleza, ou pagam para ter uma cesariana, pois julgam que esta seria mais segura e respeitosa do que receber assistência no hospital público da cidade, onde afirmam que as mulheres são obrigadas a ter parto normal.

É que esse hospital é um lugar onde te obrigam a ter parto normal, você não pode escolher, tem que fazer o que eles querem, aí te deixam sozinha, e com dor, ninguém te ajuda, às vezes passa o dia todo, a noite toda, não aparece ninguém. Só faz a cesárea se estiver morrendo. (Fala de mulher descrita no Diário de Campo)

Esse relato pode ser visto como um exemplo, também, de como as mulheres se sentem violentadas, mesmo quando se está propondo a via vaginal de parto. Isso pode acontecer por não compreenderem a fisiologia e mecânica do parto, que pode demorar longas horas, ou por se sentirem abandonadas quando não recebem ajuda e informação dos profissionais de assistência. Esses apontamentos sobre a realidade vivida na capital cearense e no interior, apontam para a importância do contexto de cada local e das narrativas sobre parto que constroem o entendimento sobre o que é ou não violência obstétrica, ou assistência respeitosa e adequada.

3.2 A busca por humanização

Se somos todos humanos, por que falar de humanização do parto? Essa é uma pergunta bem interessante e para construir uma resposta é preciso compreender o percurso da obstetrícia. Muitos autores (TORNQUIST, 2004; DINIZ, 2001; SOUSA, 2022; ODENT, 2003) afirmam que a lógica da hospitalização, que a modernidade traz para o universo do parto, transferiu os conhecimentos sobre essa área da sexualidade feminina (então mistério para os homens) das mãos das mulheres para as mãos *especializadas* de homens médicos. E essa história é fortemente marcada por uma disputa de poder, de mercado de trabalho e de discurso, não necessariamente observando o melhor cuidado para a parturiente, mas baseado em muito preconceito com as mulheres e suas práticas.

Com a modernização do mundo ocidental, vê-se que as sociedades modernas se contrapõem à ideia de comunidades (LEMOS, 2013), pois estas são unidades tradicionais, ligadas à vida doméstica, à economia da casa, às necessidades primárias e à religião, enquanto aquelas são fundadas na cidade, no comércio, na indústria e na ciência. Muitas foram as consequências do processo de construção das sociedades modernas. O parto, por exemplo, que era visto como puro ato fisiológico e que fazia parte da vivência do núcleo familiar, passou a fazer parte de uma lógica médico-hospitalar (ODENT, 2003). Desse modo, em um mundo que se *iluminava*, os médicos representavam a luz e a ciência, já as mulheres e suas práticas curandeiras representavam as trevas e o atraso.

Essas mudanças se fazem em um grande tempo histórico e Mary Del Priore (2009) ressalta que as mulheres no Brasil Colônia passaram por um processo de “adestramento”, primeiramente com um discurso normatizador sobre padrões ideais de comportamento em que a Igreja Católica era a principal voz, e assim uma “reorganização das funções do corpo, dos gestos e dos hábitos [...] que deveria traduzir-se nas condutas individuais” (DEL PRIORE,

2009, p. 24). E esse discurso versava, especialmente, sobre a vida sexual e emocional das mulheres, como aponta a autora nos seguintes termos:

A interdependência estreita entre as estruturas sociais e aquelas sexuais e emocionais mostrava que os comportamentos femininos não podiam estar dissociados de uma estrutura global, montada sobre uma rede de tabus, interditos e autoconstrangimentos sem comparação com o que se vivera na Idade Média. Adestrar a mulher, fazia parte do processo civilizatório, e, no Brasil, este adestramento fez-se a serviço do processo de colonização. (DEL PRIORE, 2009, p. 24)

Associado a isso temos o discurso médico sobre o corpo feminino que, juntamente com esse discurso religioso, colocava a mulher na função biológica de procriadora e proporcionou que os homens médicos tivessem acesso ao corpo feminino e ao mundo do parto. Del Priore ressalta, ainda, que o pensamento médico catalogava as mais diversas características dos ciclos femininos, preconizando uma possível normalidade baseada na maioria.

Nesse cenário brasileiro, acrescenta-se que as mulheres parteiras eram geralmente pretas escravas ou indígenas. Carmem Tornquist (2004) explica que, a partir do século XIX, com a vinda da corte portuguesa, toda a saúde passou por um processo de higienização e branqueamento. As parteiras tradicionais eram vistas como sujas e até mesmo danosas para o atendimento ao parto. Os médicos passaram longo período reclamando para si a competência para o acompanhamento do nascimento, e eram aclamados pelos jornais, literatura e poder público da época, que aos poucos, foram criminalizando práticas que não se adequavam ao ideal médico e letrado.

A consequência disso foi uma distinção preconceituosa entre os médicos puros e as parteiras impuras. Sousa (2007) afirma que houve uma campanha fortemente difamatória contra as parteiras

[...] para convencer todas as mulheres de todas as classes da ideia de ter seus filhos no hospital, foi elaborada uma estratégia discursiva ancorada em duas vertentes: a maior segurança do hospital, pois aí a mulher poderia dar à luz amparada por todo aparato médico de então e a desqualificação das parteiras. Com a campanha difamatória contra as parteiras e a perseguição de seu exercício profissional, não restou muita saída às mulheres, a não ser confiar nos médicos e nos hospitais. (SOUSA, p. 62, 2007)

É interessante que Noélia Alves de Sousa ressalta, em sua tese sobre parteiras no sertão do Ceará, que as mulheres não eram simples vítimas, mas que muitas escolhiam essa assistência médica também porque assim era demarcada uma diferenciação social, afinal, médicos possuíam *aparelhos de cura* e cobravam honorários, o que fazia com que as classes mais abastadas preferissem ter seus filhos em hospitais. Essa mesma atitude se percebe até a atualidade, em que mulheres das classes mais altas continuam escolhendo ter um médico particular, mesmo que isso não signifique ter a melhor assistência, e os dados da pesquisa

Nascer Brasil demonstram que se contabilizarmos somente a assistência não-pública, os números de cesariana chegam a mais de 80%.

Pensando nessa construção de saberes acerca do que é benéfico ou não para o parto e a diferenciação entre os saberes dos médicos e das parteiras, é importante sempre lembrar que o imperialismo europeu formou hierarquias articuladas sob as formas de diferenciação de raça, gênero, sexo e de conhecimento. Mesmo após o fim do período colonial essas distinções tiveram continuidade e, de certa forma, estão presentes até hoje. O sociólogo peruano Anibal Quijano (2005, 2006) cunhou o conceito de colonialidade do poder para referir-se às antigas hierarquias coloniais agrupadas na dicotomia europeu e não-europeu, tendo a raça como pilar que estrutura todas as formas de diferenciação.

Ressaltando que, no caso dos saberes das parteiras, raça também é um conceito fundamental. Nas palavras do próprio autor: “os povos conquistados e dominados foram postos numa situação natural de inferioridade, e conseqüentemente também seus traços fenotípicos, bem como suas descobertas mentais e culturais” (QUIJANO, 2005, p.118). O resultado desse processo histórico é que certos tipos de conhecimento se tornam mais válidos que outros. O saber científico europeu se coloca como o único saber válido em comparação a outros saberes e outras práticas sociais baseadas no conhecimento popular e tradicional.

Lia Luz (2014) ressalta que, atualmente, um pretense monopólio do saber científico é ainda um ponto essencial na disputa epistemológica entre formas científicas ou não-científicas de verdade. Desse modo, todo conhecimento que não é *ciência* deixa de ser relevante, sendo a lógica médico-hospitalar o saber dominante, que desacredita e destitui o poder sobre o conhecimento dos cuidados com o corpo e a saúde dos povos em geral. E assim, os conhecimentos tradicionais sobre o parto foram sendo, paulatinamente, afastados das mulheres.

Uma das conseqüências de levar o parto para o ambiente higienizado hospitalar foi passar a vê-lo como patológico, inclusive com livros médicos descrevendo a “tortura” pela qual a pelve feminina e a cabeça do feto sofreriam durante a passagem do bebê pelo canal vaginal. Nesse processo, a dor do parto ganhou uma enorme importância nas discussões médicas, que tomaram para si a missão salvífica de livrar a mulher do tormento provocado pelo pecado original²² (DINIZ, 2005). Inclusive, humanização é um termo que já foi usado de forma muito diferente do que empregado pelo que hoje se denomina luta pela humanização do parto, até o

²² “Disse também à mulher: Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio”. (Gênesis 3, 16)

uso de fórceps e a narcose²³, por exemplo, já foram descritas como práticas mais humanas. Tais práticas se relacionam com o desejo de extirpar a dor do parto ou promover um expulsivo (etapa do parto quando o bebê passa pelo canal vaginal) mais rápido, como explica Diniz.

Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetrícia cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto. Uma vez que o parto é descrito como um evento medonho, a obstetrícia médica oferece um apagamento da experiência. Durante várias décadas do século 20, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular”, ou twilight sleep) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos [1910], e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolvia uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). (DINIZ, 2005, p. 628)

Havia então uma ideia central de que o parto era uma violência contra o corpo feminino e que a medicina era capaz de resolver isso com suas técnicas, assim, na metade do século XX, a hospitalização do parto estava difundida em vários países, mesmo sem evidências científicas que demonstrassem que este fosse mais seguro que o parto domiciliar ou em casas de parto (Diniz 2005), seguindo-se a invenção e o uso de muitas tecnologias que ajudavam na execução do parto, ou extração do feto. As parteiras tradicionais passaram a ser vistas como ilegais, quase que definitivamente, substituídas pelos médicos obstetras e o ambiente familiar, pelo ambiente hospitalar.

Assim, a dor do parto, vista como sofrimento e punição divina, era um mal a ser combatido pela medicina; além disso, as mulheres passaram a associar, a esse grande sofrimento, o medo de morrer. Houve uma rápida “expansão no uso de muitas tecnologias com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de torná-lo ‘mais normal’ e melhorar a saúde de mães e crianças” (DINIZ, 2001, p.1). Com isso, desencadeou-se o que se pode chamar de uso irracional da tecnologia em uma série de procedimentos instrumentais de rotina e não o uso individualizado da tecnologia.

O uso excessivo dessas tecnologias não evitou a dor, mas essa dinâmica deu início a um processo que oportunizou intervenções médicas violentas e uma crescente alienação da

²³ “Diminuição reversível e inespecífica da excitabilidade dos neurônios produzida por diversos agentes físicos e químicos, que leva mais a estupor do que propriamente à anestesia”. Cf. <<https://www.dicio.com.br/narcose/>>. Acesso em 01/02/2022.

mulher ante o processo de parto e o seu próprio corpo. Além disso, segundo Sousa (2007), o uso da tecnologia era mais um forte argumento em favor dos médicos, pois, em oposição às parteiras, cirurgiões usavam a tecnologia de forma abusiva para marcar essa diferenciação, vendo o parto, cada vez mais, como patológico.

Segundo Michel Odent (2003), a concentração da assistência ao parto nos grandes hospitais tendeu à padronização, com rotinas e protocolos. O autor relata o surgimento de um parto industrializado, assim caracterizado tanto pelo número excessivo de cirurgias cesáreas, quanto por problemas nas demais práticas médicas na assistência ao parto normal. Hoje, no caso do parto normal, se adotam, geralmente, como procedimentos padrão a anestesia peridural, ocitocina intravenosa, monitoramento eletrônico do bebê, esvaziamento artificial da bexiga, além de outras intervenções. Em regra, tudo isso é feito com pouca consulta ou participação da parturiente. “Na idade do parto industrializado, a mãe não tem o que fazer. Ela é uma ‘paciente’” (ODENT, 2003, p. 49).

Não se nega, entretanto, que tecnologias como a cirurgia cesariana, quando bem empregadas, podem salvar vidas de mães e de seus filhos. O que se questiona são procedimentos hospitalares rotineiros usados sem a devida comprovação de que trazem impacto positivo na assistência ao parto. Muitas rotinas hodiernas, além de não se sustentarem em evidências científicas, também afastam a mulher de todo o processo e, geralmente, desrespeitam a fisiologia própria do seu corpo.

Ainda segundo Diniz (2005), “humanizar” foi usado na obstetrícia brasileira por Fernando Magalhães (considerado o pai da obstetrícia no país) e depois pelo seu sucessor, Jorge Rezende, na segunda metade do séc. XX, defendendo o uso do fórceps e da anestesia geral, o que era difundido internacionalmente. Rezende influenciou imensamente uma espécie de normatização do parto ligado à cirurgia cesariana e “valores como higiene, limpeza e controle” (KÄMPF e DIAS, 2018, p. 1156).

Já a luta pelo Parto Humanizado traz esse termo *humanização* numa outra perspectiva, não mais como uma missão médica de salvar a mulher, mas inserido num “movimento internacional por priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa” (DINIZ, 2005, p. 629). Para que isso acontecesse, profissionais de várias áreas do conhecimento, especialmente em países europeus, questionaram as práticas hospitalares e denunciaram a falta de pesquisas e evidências científicas que atestassem que vários dos procedimentos médico-hospitalares ligados ao parto fossem, de fato, benéficos para o binômio mãe-bebê (DINIZ, 2005; ODENT, 2003).

Segundo Tornquist (2002), já em 1985, a OMS criou uma lista de recomendações de boas práticas para a assistência ao parto, fundamentada em estudos científicos, o que se denomina Medicina Baseada em Evidências - MBE. Esta indicava caminhos como o parto vaginal, a amamentação logo após o parto, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido e a presença de acompanhante durante o processo. No Brasil, essa luta é marcada pela fundação, em 1993, da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna). Em seu documento fundador a rede afirmava que:

[...] no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (Rehuna, 1993, apud. DINIZ, 2001, p.631).

A luta contra este cenário estava, geralmente, ligada aos grandes centros no sudeste do país, a não ser por experiências isoladas, como a do dr. Galba de Araújo, no Ceará, que na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, preconizava o uso de práticas aprendidas com parteiras tradicionais e indígenas da região. A partir da década de 1990 esse quadro começou a mudar e o avanço das tecnologias digitais de informação e comunicação (TIC) possibilitou que muito mais mulheres pudessem ter acesso à informação e se engajar nessa luta.

É importante dizer que quando o movimento pelo Parto Humanizado começou a ganhar força e atingir as mulheres, a questão da dor entrou em pauta e ganhou novo significado. As parturientes parecem tentar passar por uma reconciliação com a dor, e o discurso, que antes poderia sugerir uma cirurgia cesárea para fugir da dor, foi se modificando, como ressalta Silvani:

Um fator muito comum na escolha do tipo de parto seria a dor da expulsão da criança durante o parto normal (TEDESCO et al., 2004). Lopes et al. (2005) afirmam que o medo de escolher o parto normal não se prende somente ao medo de dor, mas também com fantasias da morte. A dor está ligada com a ansiedade e a ansiedade incrementa a dor. **Entretanto, a dor do parto tem uma finalidade, pois o bebê aparece para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço.** Para Faúndes e Cecatti (1991), deve-se deixar claro que uma cesárea não significa a ausência de dor e que o parto vaginal pode ocorrer com pouca ou nenhuma dor. Lopes et al. (2005) afirmam que muitas gestantes acabam tomando o parto um momento negativo, um motivo à isso é a preocupação com a dor, principalmente com a dor do momento de expulsão. O parto com dor seria considerado uma má experiência, já que as crenças populares relatam que o que é bom não inclui dor. (SILVANI, 2010, p. 8. Grifô nosso)

Essa ideia da cirurgia cesárea *sem dor*, ressaltada por Cristiana Silvani como falsa, se baseia no uso de uma série de medicamentos que nem sempre dão o resultado esperado.

Observa-se que mulheres e profissionais ligadas à humanização do parto ressaltam que nem sempre há ausência de dor na cirurgia, mesmo com o uso desses medicamentos, e que a dor do parto normal é “cheia de sentido”, traz um filho como recompensa e vem sendo ressignificada com frases repetidas por doulas, ou em páginas de redes sociais, por exemplo: “cada dor significa que estou mais próxima do meu filho”, “a dor é inevitável, o sofrimento é opcional”, “a dor serve para orientar a mulher na hora do parto”, “a dor é amor”. E assim nos aponta Ana Paula Fagundes,

A partir da movimentação pelo parto humanizado várias questões se desdobram: novas formas de ativismo social, com audiências públicas e projetos de lei contra a violência obstétrica; outras leituras de corpo feminino, sexualidade e reprodução; novos modelos e sistemas de saúde; outra relação entre o Estado e os corpos dos indivíduos; a circulação de imagens e relatos de parto na internet; e o despontar de novos profissionais do cuidado – como as doulas e as enfermeiras obstetras. (FAGUNDES, 2017, p. 4)

Seguindo o raciocínio, é possível compreender que essa luta traz muitas questões à tona, pedindo que se resgate cuidados com o corpo feminino que foram quase perdidos por consequência da perseguição sofrida pelas parteiras. E com o avanço dessa luta, as parteiras modernas ou enfermeiras obstétricas voltam ao cenário de parto com um significado totalmente novo. Aqui vale ressaltar essa diferenciação: as enfermeiras obstétricas também se autodenominam parteiras, ou até parteiras urbanas, mas quando, historicamente, referimo-nos à parteria, estamos falando de parteiras tradicionais, mulheres sem formação técnica, mas que aprenderam a arte de partejar com outras mais velhas e com quem convivem no mesmo espaço comunitário, que entendem o parto como do espaço feminino e que o cuidado se faz com uso de medicina tradicional, ervas, rezas, chás, unguentos e tantos outros.

Na sua tese, Sousa (2007) traz um relato muito interessante que exemplifica a ideia de Tornquist (2004) de como as parteiras eram vistas como sujas e de como se deu parte da campanha difamatória contra elas. À medida que crescia o número de mulheres assistidas por médicos nos partos, ensina-nos Sousa, crescia também um fenômeno conhecido como febre puerperal. Ocorria que muitas mulheres depois do parto assistido por médicos tinham infecções e vinham à morte com fortes febres.

Nesse tempo ainda não havia a noção de que infecções poderiam ser provocadas por práticas de má higiene. Os médicos, cirurgiões, que atendiam aos partos, muitas vezes, eram os mesmos que estudavam e tinham contato com cadáveres, além disso, já era uma prática comum (que permanece até os dias de hoje) o excesso de exame de toque nas mulheres. Se pensarmos que as maternidades estavam ligadas aos hospitais das faculdades de medicina, também vale ressaltar, que era normal uma mulher receber toques vaginais de vários estudantes

(o que também acontece até a atualidade). Assim, a assistência médica falhava naquilo que acusava as parteiras, na falta de higiene.

Em contraste, a assistência das parteiras, como é até hoje, era muito menos invasiva, mais relacionada à observação e ao cuidado, do que à intervenção, o que fazia com que as mulheres atendidas por elas tivessem muito menos a doença da *febre puerperal*. Inclusive, o número de mulheres acometidas por esse mal, era maior entre aquelas das classes mais altas. No entanto, a explicação para tal mal sequer considerava as práticas médicas como possível causa, mas crescia a justificativa da punição divina, num tempo em que um grande número de mortes materno-infantil eram aceitáveis, culpabilizando as próprias mulheres.

No Brasil, a história da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) foi marcada por práticas nas quais as mulheres, vistas como pacientes, são isoladas, impedidas de ter acompanhante de sua escolha, impedidas de se alimentar, sujeitas a procedimentos que não são explicados ou até mesmo que são indesejados por elas, transformando a via vaginal em uma escolha pelo sofrimento, na maioria dos casos. Além disso, muitos médicos aliavam a cirurgia cesárea à ligação de trompas para a infertilidade feminina, o que fazia da cesárea *uma cirurgia para resolver dois problemas*. Essas e outras rotinas médicas, hoje entendidas como violência obstétrica, fizeram com que as mulheres de classe média, que podiam pagar, migrassem para as cirurgias cesáreas eletivas (DINIZ, 2005). Foi o início da epidemia de cesáreas no país²⁴, que como já dito é vice-líder mundial nesse tipo de cirurgia.

No fim, parece que o termo humanização não é a simples rejeição à cirurgia cesariana, mas se justifica na busca por uma prática que respeita a fisiologia do corpo feminino, sua autonomia e o direito de escolha, uma relação mais saudável que considera uso racional da tecnologia e não aceita mais que o nascimento seja mecanizado, como numa esteira fabril com protocolos e técnicas aplicadas a todos de forma não individualizada.

Assim, discutimos neste capítulo os contextos que envolvem as violências vivenciadas por mulheres durante o parto, o que tem motivado a luta pelo parto humanizado. Nos três capítulos seguintes, faremos um percurso que nos leva a compreender como as mulheres veem os diversos cenários de parto na cidade de Itapipoca.

²⁴ Cf. em <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb>. Acesso 12 jan. 2016.

*a perfeição não me importa
eu prefiro me jogar de cabeça
na loucura que é a vida*
rupi kaur

4. PERCURSOS DE PARTIDA: O PARIR ENTRE FORTALEZA E ITAPIPOCA

Houve muitos deslocamentos durante essa pesquisa, e temos como ponto de partida minha própria experiência como doula e as experiências planejadas de aprendizagem para o parto na capital cearense. Assim, iniciaremos este capítulo com alguns contextos de como se está vivenciando o parto humanizado em Fortaleza. Além disso, analisaremos a percepção das mulheres acerca dos contextos de parto no centro de Itapipoca, numa comunidade quilombola e numa comunidade indígena.

Em 2015 acompanhei o primeiro parto como doula, a gestante já tinha tido dois partos normais na França, mas quando chegou ao Brasil se assustou ao perceber que todas as amigas tinham a cirurgia cesariana marcada para 39 semanas, por isso procurou meu trabalho querendo conhecer o cenário local. Acostumada ao procedimento francês, no qual ela pariria com a parteira que estivesse no plantão do hospital de referência, ela não tinha problema em também parir com o plantonista em Fortaleza. Além disso, não teria condições financeiras para pagar a disponibilidade médica.

A mulher era missionária católica e não dispunha de recursos financeiros, mas conseguimos que uma enfermeira obstétrica, também católica, se dispusesse a acompanhar o parto sem cobrar pelo serviço, o que me deixou muito mais tranquila por não ficar sozinha no meu primeiro acompanhamento. O parto evoluiu muito rápido e acabou sendo uma assistência domiciliar não planejada, o bebê nasceu bem e foi direto ao seio materno, nesse caso a enfermeira recebeu o nascimento da placenta, logo em seguida ao bebê, mas não cortou o cordão umbilical, ao invés disso, chamou a ambulância para transferir os dois para o hospital e ali receberem os cuidados e exames necessários, um procedimento padrão.

Fiquei completamente inebriada. Assustada com aquela força que era o nascimento, impactada com a potência do corpo daquela mulher e decidida que queria acompanhar partos por muitos anos. Em retrospectiva, percebi todas as fases do trabalho de parto, e aprendi muito sobre deixar a mulher ficar à vontade, tranquila e segura para que o parto aconteça da forma mais natural possível. Assim, segui sendo doula em paralelo a todas as atividades que tive desde então, não houve nenhum ano, depois disso, em que estivesse longe dos partos. Ao longo do

tempo também acompanhei partos que eram bem desafiadores, alguns que precisaram de intervenção médica, outros que tiveram indicação de cirurgia cesárea intraparto, mas sempre com essa mesma sensação de que, se estiver segura, e tiver se preparado durante a gestação, a mulher sabe o que fazer.

Estudar como as mulheres estavam reaprendendo a parir fez uma imensa diferença na minha ocupação como doula. Passei a me interessar ainda mais pelas formas como elas estavam buscando se informar sobre parto. Percebia que elas acompanhavam os grupos de Facebook, liam livros, comentavam sobre relatos de parto, assistiam documentários, participavam de rodas de conversa espalhadas pela cidade de Fortaleza, entre outros meios. Em contraste, o pré-natal com os médicos, era dificilmente visto como uma fonte de informação para elas. A ida para Itapipoca me fez ter contato com histórias de mulheres que se diferenciavam do perfil com o qual estava lidando em Fortaleza, mulheres de classe média como eu, que estudavam para parir e que, na maioria das vezes, podiam pagar por uma assistência que consideravam humanizada.

Fortaleza, foi assim, meu ponto de partida. As experiências que vivenciei enquanto pesquisadora e doula, formam o primeiro prisma pelo qual analisei as histórias que começava a ouvir em Itapipoca e que me levavam a várias comparações, desde o sistema de atendimento de saúde, às estratégias usadas para evitar a violência obstétrica. Aliás, o tema da violência obstétrica tomou uma centralidade inesperada neste estudo, porque os relatos que ouvia eram, quase sempre, de muito desamparo e desafio. Somente duas mulheres fizeram relatos positivos acerca da assistência recebida no hospital do centro da cidade e uma delas era funcionária deste.

Por isso, neste capítulo seguiremos esse deslocamento de Fortaleza à Itapipoca. Trazemos experiências positivas de Fortaleza, não porque seja uma cidade em que os partos já acontecem sem violência, mas porque podemos fazer um recorte bem específico de experiências positivas que demonstram que é possível um parto digno e respeitoso. Já em Itapipoca, o que observamos foram os relatos de mulheres da região tendo como cenário principal o hospital São Camilo.

4.1 Trajetórias de experiências de parto humanizado em Fortaleza

Uma sala de atendimento ginecológico é mais ou menos igual em todo lugar. Você entra e se depara com uma mesa, em cima dela tem um computador, atrás uma cadeira onde está sentado o médico ou a médica. Na frente, uma ou duas cadeiras onde sentam a pessoa que será atendida e uma possível acompanhante. Como estamos falando de atendimento à gestante,

possivelmente, em um consultório de atendimento particular, você encontrará fotos de bebês, ou esculturas de mulheres grávidas, talvez uma imagem de Nossa Senhora gestante, a quem se pode chamar de Nossa Senhora do Bom Parto. Em um lugar mais reservado, encontramos um banheiro, com batas descartáveis, que as pessoas em atendimento usam para o exame físico. Uma maca, com perneiras que ajudam o exame ginecológico, e muitos outros instrumentos e objetos que se usam para diversos procedimentos.

A pesquisa “Nascer no Brasil”, já citada, traz um dado que é muito importante para esta tese: a maioria das mulheres chega a esses consultórios querendo um parto normal, mas no fim, quando contabilizado somente o sistema particular de assistência, mais de 80% acabam em uma cirurgia cesariana que poderia ser evitada em sua maioria. Além disso, esta mesma pesquisa evidenciou que os profissionais de saúde têm grande impacto na decisão das gestantes pela via de parto. Ao que parece, algo acontece nesses consultórios que muda radicalmente a proporção entre aquelas que desejam e aquelas que alcançam um parto por via vaginal. Bem, nas redes sociais há uma queixa generalizada nos relatos de mulheres submetidas à cirurgia, de que os médicos não discutiam sobre o trabalho de parto, e geralmente quando questionados adiam sempre essa conversa como se isso fosse menos importante.

Um artigo de Junia Cardoso e Regina Barbosa (2012) reflete exatamente sobre o tema do desencontro entre o desejo de se ter um parto normal e a realidade da indústria de cesarianas, nesse caso, focando em mulheres de classe média em uma maternidade no Rio de Janeiro. Este estudo corrobora as queixas de mulheres nas redes sociais e nos ajuda a compreender um pouco como a falta de espaços educativos sobre o tema em questão fazem diferença no desfecho da via de parto.

Foi evidenciado neste artigo que a condição de classe média, com suposto maior acesso à informação e escolaridade, não significa maior poder de decisão ou maior qualidade na assistência recebida, sugerindo até uma maior vulnerabilidade para receber falsos diagnósticos de necessidade cirúrgica. Isso se daria em parte pelo vínculo significativo construído durante as consultas de pré-natal como fator importante na tomada de decisão. Identificou-se que à medida que as consultas avançam não só deixam de ser discutidos temas relevantes para o parto, como também surgem pequenas observações sobre riscos à saúde fetal, colocando, muitas vezes, uma falsa responsabilidade sobre a família, como demonstram CARDOSO e BARBOSA (2012) na citação a seguir:

[...] os relatos [de puérperas] revelaram várias manifestações – explícitas ou sutis – das pressões sofridas pelas mulheres para aceitarem a cesariana. Corroborando esses achados, diversos estudos já apontaram para “justificativas duvidosas” para a realização da cirurgia (DIAS et al., 2008), parecendo existir uma “predisposição

médica” para a indicação, muitas vezes antes do término da gestação. Esses mecanismos, que **envolvem as relações de confiança entre mulheres e obstetras, construídas ao longo do pré-natal, favorecem a aceitação do parto cirúrgico.** O pano de fundo desse cenário é o **medo infundido na mulher da ocorrência de um fato negativo, caso insista em tentar o PV** [parto vaginal]. A “responsabilidade” da decisão é repassada, muitas vezes, para ela. Supomos que nenhuma mulher, conscientemente, colocará em risco a vida de seu filho apenas para concretizar a realização de um desejo de parir por PV. Assim, é possível e provável que alguns médicos possam utilizar argumentos para trabalharem a “medicalização dos medos maternos” (DIAS et al., 2008). Desta forma, são cesáreas justificadas com o “consentimento” das mulheres. (CARDOSO e BARBOSA, 2012, p. 45 - Grifo nosso)

Em consonância com o pensamento dessas autoras, é possível argumentar que médicos em seus consultórios, durante o pré-natal, amedrontam mulheres diante da possibilidade de escolha pela via vaginal de parto. Isso se dá, principalmente, induzindo a uma percepção distorcida dos riscos caso se insista pelo parto normal, e, em contrapartida, uma falsa garantia de maior segurança quando “escolhem” a cesariana. Diante disso, podemos afirmar que essas consultas estão ensinando que o parto é um evento perigoso e que a cirurgia seria a resposta com maior garantia de segurança e controle da saúde.

CARDOSO e BARBOSA (2012) também discutem o porquê de mulheres de classe média estarem mais vulneráveis a essas indicações. No setor privado, os médicos ganham por cada acompanhamento de parto ou cirurgia, e seria uma forma mais lucrativa organizar as agendas de consultas, marcando dias específicos na semana para realizar várias cirurgias em sequência. Diferente do que acontece no SUS, onde os médicos recebem pelo plantão nos hospitais e, dificilmente, o pré-natalista é o mesmo que a mulher encontrará no dia do nascimento do seu bebê. Notando os traços mercantis do processo que Michel Odent (2005) já havia chamado de industrialização do parto.

Quando pensamos na forma como se dá o pré-natal, de modo geral, mesmo as equipes que se consideram humanizadas não costumam realizar atendimentos com foco na educação para o parto. Geralmente, seguem a lógica mais simples e difundida no país, consulta com o médico uma vez por mês com exames físicos da gestante, exames de laboratório, ultrassonografia para acompanhar o crescimento dos bebês e outros. E quando se paga a *disponibilidade médica*, as famílias têm então uma consulta extra com a enfermeira obstétrica onde aí, sim, será explicado o que se passa num corpo em trabalho de parto e quais as reais indicações de cirurgia cesariana, por exemplo. Mas existem experiências que nos dão pistas de como um pré-natal pode ser um lugar de compartilhamento de saberes que, ao contrário, levam às mulheres a se sentirem seguras e poderem fazer escolhas, de fato, esclarecidas.

Existe uma equipe de parto humanizado que faz um acompanhamento bem diferente em Fortaleza, desde 2021, o Coletivo Cordão²⁵. Hoje ele é composto por quatro médicas, duas enfermeiras obstétricas, uma obstetrix, uma psicóloga, uma advogada e uma administradora, todas mulheres. Elas fazem pré-natal e assistência ao parto todo particular, ou seja, não aceitam plano de saúde, e a princípio, a família contrata as médicas, as enfermeiras e a obstetrix, e as outras profissionais podem ser contratadas à parte.

A clínica onde elas atendem, a Casa Cordão, também segue uma estrutura física diferente da maioria dos consultórios. Esta é uma casa localizada no bairro do Cambé. Quando chegamos ao endereço, só uma placa na frente nos faz perceber que aquela casa, diferente da vizinhança, é um estabelecimento comercial. Quando passamos pelo portão vemos uma área externa bem grande, com sofás na parte da frente e do lado direito um jardim com árvores, flores e grama. Subindo um degrau, tem uma mesa redonda grande com outras plantinhas e um lugarzinho do café, chá e água e uma rede sempre armada na varanda. Nas paredes dessa varanda, há uma peça de madeira pirografada com a logomarca da casa, e ao lado, uma bandeira LGBTQIAPN+, na parede em frente também se pode ver uma placa dizendo que ali é “expressamente proibida a prática de discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero”.

Quando finalmente entramos na casa tem uma recepção que leva a cinco salas onde acontecem os atendimentos de diversas especialidades, não só os do Coletivo, e a um salão onde acontecem rodas de gestantes e cursos. Seguindo o corredor, na segunda sala do lado direito acontecem as consultas de pré-natal. Essa sala também é diferente dos consultórios que imaginamos, quando entramos encontramos um sofá e de frente para ele uma poltrona, com uma mesinha de apoio. Nas paredes, um quadro que diz “Parir é resistir”, um *print* de placenta²⁶, um bordado da imagem de um parto atendido por elas e uma fotografia de uma mulher preta e seu bebê. Do lado esquerdo, uma porta que leva a um banheiro e, dividindo a sala em duas partes, uma estante vazada com livros, pelve, vulvas, espelhos, um útero, e outros objetos. Do lado de lá, uma maca típica de exame ginecológico.

Mas além da disposição dos móveis, uma coisa é bem diferente: nesse coletivo as médicas compartilham o pré-natal entre si e com as enfermeiras e obstetrix, em meses alternados, no que chamam pré-natal coletivo. O valor das consultas é o mesmo, independente da formação profissional, e as médicas ressaltam a importância das famílias se consultarem

²⁵ Cf. em: <https://www.instagram.com/coletivo_cordao/>

²⁶ Print de placenta é uma arte onde se pode carimbar a placenta em um papel, com tinta ou com o sangue do nascimento. Geralmente, as doulas fazem essa arte para dar às famílias de lembrança.

também com enfermeiras e/ou obstetrix, isso é pertinente, porque as pessoas tendem a valorizar mais as médicas, até por uma questão cultural. Outra diferença é que no dia em que a pessoa gestante entra em trabalho de parto as profissionais que começam a prestar assistência são as que estão na escala, e no processo, se o nascimento demora a acontecer, elas podem trocar de profissional a cada 12 horas. Todas elas incentivam que a mulher tenha uma doula.

Esse modelo de pré-natal é transdisciplinar. Ele integra os dois olhares. Então as mulheres vão passar nas consultas e na consulta vai ter um médico e uma enfermeira. Qual que é a ideia de ter esses dois olhares? A gente sabe que existe um filtro, um viés no profissional, e esse olhar vem da percepção de tudo aquilo que você vai acumulando durante a vida, de estudos, enfim. Você, o seu olhar, tem esse viés do que você aprendeu durante a vida. Aí o médico, normalmente, tem esse olhar mais voltado à patologia, porque eles aprendem isso. E aí você integra uma parteira, uma enfermeira obstetra, ou uma obstetrix, no pré-natal, você integra alguém que tem um olhar um pouco mais puxado para a fisiologia. E aí, quando você traz esses dois olhares, você consegue fazer uma assistência mais ampla. Então são duas visões. Na maioria das vezes, essas visões se integram. E, se não se integram, a gente discute junto para saber qual que é a melhor saída. (Juliana Mesquita, Obstetrix do Coletivo Cordão)

Esses pontos são bem interessantes se pensarmos no tripé da humanização: protagonismo feminino, medicina baseada em evidência científica (MBE) e equipe transdisciplinar. Segundo a MBE o parto de risco habitual deve ser assistido preferencialmente pela enfermeira obstétrica ou obstetrix, por isso a importância das casas de parto, como já acontece em outros países. O número de casa de parto, no Brasil, é quase insignificante, somente 18 unidades entre SUS e sistema particular, muito aquém do que precisaria em território nacional, o que também pode ser visto como um fator que ajuda a aumentar o número de cirurgias desnecessárias. Os médicos seriam mais adequados principalmente caso haja indicação ou necessidade de uma cirurgia cesariana, mas não temos tanto incentivo para essa divisão da assistência. Já, se pensarmos em equipe transdisciplinar é fundamental haver um ambiente onde todos os profissionais ligados ao parto possam expressar sua visão e serem ouvidos com respeito e atenção. Quando se faz um pré-natal compartilhado, podemos pensar nessa valorização tanto monetária, quanto dos conhecimentos que todas trazem para aquele cenário.

Além disso, um ponto importante é ressaltar que essa assistência coletiva tira o foco do profissional médico e coloca a mulher no centro do processo de decisões, devolvendo a ela o protagonismo diante do seu corpo, que também vem do compartilhamento de saberes sobre tudo que envolve o processo de gestar e parir. Segundo a obstetrix Juliana Mesquita, que é uma das fundadoras do Coletivo Cordão, o ideal é que a mulher conheça todas as profissionais que podem atendê-la no dia do trabalho de parto, mas esse não é o ponto mais importante, porque, ao envolver a mulher em todo o processo, ela passa a ter confiança em si e sabe que não depende

de um profissional específico para parir. Então aqui acontece diferente de quando a mulher cria aquele vínculo muito forte com um profissional específico que não compartilha conhecimento e é indispensável para uma tomada de decisão (CARDOSO e BARBOSA, 2012). Ou seja, no modelo tradicional, o vínculo entre médico e paciente pode ser usado como ferramenta para tutelar a mulher. Já nessa proposta, ao contrário, procura-se formar um ambiente que gere autonomia para a família.

A gente prioriza que a mulher conheça todos os profissionais. Obviamente que seria bacana se conhecesse, mas não necessariamente ela precisa conhecer todos os profissionais, porque a gente trabalha nesse modelo que é horizontal. A ideia é que todo mundo consiga entender o que está acontecendo e compartilhar essas decisões. Então, por exemplo, nas consultas eu vou fazer uma solicitação de exame e vou explicar para a mulher quais exames eu estou pedindo e por que eu estou pedindo isso, para que ela tome a melhor decisão. Então, se ela tem todas essas decisões acerca do parto, se ela conhece, ela consegue escolher acerca disso. Ela consegue tomar as decisões porque ela está entendendo o que está acontecendo. E, na hora do parto, vai ser indiferente quem vai estar, se ela conhecer ou não, porque a escolha está nela, e não no profissional. Quando o foco é o profissional, se aquele profissional não tiver, a mulher vai se sentir frustrada, vai achar que não vai ser atendida direito porque está confiando naquele profissional. Se as decisões são tomadas pela mulher, independente quem esteja lá, ela sabe o que ela quer pro parto dela e sabe que ela pode e vai ser ouvida. (Juliana Mesquita, Obstetrix do Coletivo Cordão)

As consultas de pré-natal são alternadas, como o que acontece em outras experiências pelo país e especialmente no SUS. Em um mês a família é atendida por uma das médicas e no mês seguinte pelas enfermeiras e/ou obstetrix, quando ocorre o pré-natal coletivo. A diferença entre o que acontece no SUS, por exemplo, está no que é coletivo, porque esses encontros se dão com três ou quatro casais ao mesmo tempo, e com pelo menos duas enfermeiras. O foco dessas consultas é a *roda de conversa*, e não os exames físicos, apesar destes acontecerem. Podem ocorrer conversas sobre mobilidade pélvica, os hormônios do corpo em trabalho de parto, quais sinais de que se está em trabalho de parto, o que fazer se a bolsa das águas romper, quais as verdadeiras indicações de cesariana, como construir um plano de parto, puerpério, métodos de indução de trabalho parto, entre outros. Nesses mesmos encontros, à medida que a roda de conversa vai se desenvolvendo, os casais, um por vez, se dirigem até outro consultório para realizar os exames físicos.

Mesmo as consultas médicas também são diferentes em relação às mais tradicionais. Começam no sofá, uma conversa comprida, que não dura menos de uma hora, e, se for a primeira vez, chega a duas horas de atendimento. Além dos comuns exames, o que guia esses encontros são as dúvidas das famílias e há um claro incentivo à via vaginal de parto, elas não fazem cirurgia cesariana marcada por desejo da paciente, somente com justificada indicação de saúde para mãe ou bebê.

Outras experiências interessantes são as rodas de gestantes vinculadas aos hospitais particulares. Desde o fim da pandemia de COVID-19 alguns planos de saúde têm feito oficinas e rodas de conversa, a ideia é pensar o trabalho de parto e os cuidados com o recém-nascido. Esses encontros acontecem, geralmente, uma vez por mês e duram cerca de 3 horas. Alguns têm temas distintos a cada mês, outros mantêm o mesmo tema. Também contam com a presença de profissionais parceiros, como médicas, doulas, nutricionistas, fotógrafas de família, variando conforme a proposta de cada instituição. Esses encontros têm uma abordagem menos crítica, dificilmente vemos temas que contrariem os protocolos das instituições, diferente dos encontros organizados por doulas, que tendem a ter um viés de denúncia também. Como exemplo, elas ensinam as famílias a perceber se o médico pré-natalista é “cesarista”²⁷. Mas são iniciativas que recebem sempre muita procura, o que demonstra que a forma de se preparar para o nascimento está mudando e as empresas seguem essa onda.

Esses são exemplos do que acontece no cenário de Fortaleza, capital, o que é bem distinto da experiência em outras localidades no interior do estado. Quando me preparava para ir semanalmente à Itapipoca, fiz uma pequena pesquisa sobre o cenário de nascimento da localidade. Inicialmente, me pareceu um bom indicativo perceber que o hospital desta cidade era do mesmo grupo de um dos hospitais, na época, referência para parto normal em Fortaleza. Mas ao chegar na cidade entendi logo que as pessoas tinham medo da assistência recebida ali. Tão perto da capital cearense, mas com vivências tão distintas.

Houve um deslocamento muito significativo enquanto doula, porque em Fortaleza vivo de perto a realidade de mulheres, que assim como eu, são de classe média, podem pagar uma assistência de qualidade, muitas vezes com equipes particulares, ou pelo menos uma doula. Se vive também a realidade de se ter hospitais com plantões de qualidade mediana, mas onde se pode parir com dignidade, sem ser amedrontada ou levada a uma cirurgia por qualquer motivo arbitrário. Em Itapipoca, me deparei com mulheres de outra classe social e que também buscam fugir de um parto violento. Acontece que por medo da violência, às vezes, escolhem a cesariana sem indicação médica indiscutível, o que pode parecer “inadequado”, mas pode se revelar uma forma de resistência.

²⁷ Cesarista é como o movimento pelo Parto Humanizado chama os médicos ou médicas que têm alto índice de cirurgia cesariana no currículo.

4.2 Chegando em um novo território

Itapipoca é conhecida como "cidade dos três climas", por haver em seu território praias, serras e o sertão. Uma professora que conheci nas minhas andanças, chamava *a cidade dos quatro climas*, por considerar também o caráter artístico da cidade que é extremamente rico, com grupos como o cênico musical Dona Zefinha²⁸ e a Cia de Balé Baião²⁹. Seu desenvolvimento confere à cidade a 10ª colocação entre os municípios mais ricos do estado e a 7ª colocação entre os municípios mais populosos. O topônimo Itapipoca vem do tupi-guarani itá (pedra, rocha), pi (pele, couro, revestimento) e poca (arrebentar, estourar), significando: pedra arrebentada ou rocha estourada. A paisagem do município muda muito entre serra, sertão ou litoral, tão distintas que parecem lugares muito distantes. Sua denominação europeia original era Arraial de São José, depois Vila Velha, Imperatriz e, desde 1889, Itapipoca³⁰. A distância de Itapipoca até Fortaleza é de 138 km pela CE-168 e CE-085 e 122 km pela CE-354 e BR-222.

Instalada na cidade, apresentar-me como doula fazia as mulheres quererem me contar sobre suas experiências pessoais, o que é muito comum em qualquer lugar. Quando as pessoas entendem o que é uma doula, querem compartilhar histórias suas ou de outras mulheres. Apresentar-me como pesquisadora provocava um estranhamento maior das mulheres e uma menor interação do que quando me apresentava como doula. Talvez porque a doula remeta ao cuidado e confiança.

É importante destacar que há uma questão relevante quando se é forasteira, a curiosidade. Há uma curiosidade que é minha, um desejo que me levou até aquele lugar. Mesmo eu, que cheguei primeiro como professora e só depois decidi fazer a minha pesquisa na cidade. Há também uma curiosidade das pessoas sobre mim. Querem saber quem sou e o que faço ali naquele território. Diz-nos Caratini (2013, p. 70): “En realidad, la única forma de construir la

²⁸ Fundada em 1994, “O grupo estabelece um diálogo global, com qualidade artística, bom humor e suingue. Posicionando-se diante do mercado cultural como um “grupo de fronteira”, consegue inserção em múltiplas linguagens artísticas, transitando, além das identidades fixas, em espaços que ultrapassam locais e gêneros específicos, rearticulando identidades. O resultado dessas fusões pode ser conferido nas montagens cênicas: “O Casamento de Tabarim” (2003), “Chafurdo” (2013) e “Autômato” (2016). Com seus espetáculos, Dona Zefinha fez turnê em diversos países, como Alemanha, Argentina, Cabo Verde, Colômbia, Coreia do Sul, Estados Unidos, Guiana Francesa, Hungria e Portugal.”. <<http://www.donazefinha.com.br/>>

²⁹ Fundada em 1994 por Gerson Moreno, a Balé Baião de Itapipoca CE desenvolve um trabalho pioneiro de investigação, pesquisa, produção e difusão de danças cênicas contemporâneas atravessadas por estéticas e narrativas negras, indígenas e periféricas, com 30 anos de história. É um coletivo de dança formado por multiartistas do que transversalizam: pesquisa, ensino e criação. <<https://www.facebook.com/ciabilebaiao/?fref=ts>>

³⁰ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/itapipoca/panorama>

relación sería sobre uma espécie de vacío, de carencia, propicia tal vez al despertar de un deseo recíproco, pero sobre todo a la aparición de la duda.”.

O vazio, no caso, podemos supor que estava no desejo de poder falar de si, sobre as violências sofridas, afinal, em todos os meses que passei na cidade nunca me contaram uma história espontânea totalmente feliz de parto, queriam mesmo era contar sobre o hospital da cidade e tudo o que havia de errado no tratamento com as mulheres, não eram histórias sobre as estruturas físicas, mas a maioria eram relatos de como foram conduzidas a um trabalho de parto sofrido, sem informações sobre o que acontecia, ou como ficaram longo tempo sozinhas, desacreditadas, obrigadas a ficarem na cama, assustadas sobre a possibilidade de fazer mal à criança, ou aumentar o tempo do trabalho de parto. Queriam expressar essa dor e eu as ouvia.

Michel Odent (2017), um dos precursores da luta pelo Parto Humanizado, diz que o lugar de parir deve ser bem parecido com o lugar de dormir, ninguém escolhe dormir em um saguão de aeroporto, ou na recepção de um hotel, luzes fortes, muito frio, nada confortável, inseguro o suficiente para não deixar a pessoa relaxar. Mas sentir-se segura é o que a maioria das fêmeas mamíferas precisam para ter seus filhotes.

A redução no controle neocortical é a solução encontrada pela natureza para tornar o nascimento humano possível – e até mesmo ocasionalmente fácil. É por isso que as mulheres que dão à luz facilmente, sem qualquer necessidade de assistência farmacológica, agem como se estivessem em outro planeta. Elas esquecem o que está acontecendo ao seu redor, gritam e xingam e adotam as mais estranhas e inesperadas posturas de mamíferos. Por isso, a necessidade básica de uma mulher em trabalho de parto é ser protegida de todas as estimulações do neocórtex, particularmente a linguagem, a luz e todos os aspectos da socialização. Quando o neocórtex está em repouso, os seres humanos têm mais semelhanças com outros mamíferos. (Entrevista à Revista GHZ, 2017)

Sim, para o obstetra a melhor opção é parir em casa, mas não é essa a realidade brasileira, por aqui, mesmo as parturientes de risco habitual são naturalmente encaminhadas ao ambiente hospitalar. Os hospitais por sua vez são lugares para onde vamos quando estamos doentes, e aí, num dia tão importante como receber sua cria, a mulher vai para esse mesmo lugar, onde não se sente segura, principalmente porque não faz ideia do que vai acontecer ali. Para tentar melhorar esse quadro, hospitais têm investido recursos em ambiência que proporcione uma experiência mais humanizada de parto, com incentivos do Ministério da Saúde, inclusive.

A maternidade em questão só atende, oficialmente, SUS, apesar de relatos afirmarem que há médicos que cobram para fazer cesárea nas dependências do hospital. Fica bem perto dos trilhos do trem, em um quarteirão grande, ao lado de uma casa de freiras, na extremidade do centro da cidade. Desde a recepção até as acomodações tudo é limpo,

organizado, aparentemente seguro (não se pode ficar transitando por ali, por exemplo). Tem marcas no chão para indicar caminhos, catracas com seguranças que liberam/barram a passagem das pessoas. As salas administrativas também são limpas e organizadas. Não pude ver tudo, nas vezes em que estive visitando o hospital, não tinha alguém que pudesse me acompanhar e eu não poderia andar por todo lado sozinha.

Estive seis vezes naquele hospital. Entre as quatro profissionais com quem conversei, há uma aparente abertura à assistência humanizada, faziam referência à estrutura como um grande ganho para a obstetrícia e também compartilhavam um discurso que explicava os comentários ruins sobre a maternidade que eu havia ouvido de tantas mulheres. A principal justificativa para os problemas, diziam, vem do fato do hospital ser a maternidade de referência da região. Isso faz com que cheguem muitas mulheres vindas da redondeza, e quase sempre, em estado grave, o que faz com que o número de desfechos ruins seja alto.

Em relação à estrutura, pude observar que há excelentes leitos equipados com objetos que se usa para estimular o parto normal, tem até uma banheira, que sugeriria incentivo ao parto na água. Além disso, os leitos tinham bola suíça, cavalinho (um lugar em que a mulher se senta e pode balançar para frente e para trás), uma banquetta de parto (estrutura que permite que a mulher fique sustentada na posição de cócoras). Mas nas falas das mulheres da cidade com quem conversei o que se diz, de modo geral, é que as enfermeiras e técnicas não explicam para que aqueles objetos servem, atitude que se reflete em como as parturientes não usufruem de forma adequada daquela estrutura.

Isso demonstra uma diferença entre Fortaleza e Itapipoca. Na capital observa-se uma ação educativa pensada para ajudar as mulheres a fazerem boas escolhas para o nascimento de seus filhos, são iniciativas que tratam de temas caros à humanização. Muitas dessas iniciativas educacionais prepararam as mulheres para saber usar aqueles mesmos objetos do hospital em Itapipoca.

Muitas mulheres disseram que as enfermeiras as deixam sozinhas com os acompanhantes e diante dos questionamentos de parturientes inexperientes só repetem: “isso é normal! Fique aí, use essas coisas”. Acontece que as “coisas” não são intuitivas e se não há um direcionamento, dificilmente, a mulher com dor de parto vai querer se sentar em uma bola suíça, por exemplo. Ao mesmo tempo em que são orientadas a “usar as coisas”, também contam que quando queriam andar, ou quando gritavam, escutavam palavras como “pare de fazer barulho, você está incomodando as outras pacientes”, “fique deitada, é melhor”, “por que está gritando, não sabia que ia doer?”.

Como já dito, a primeira mulher que entrevistei, Isabelle, era uma blogueira que teve três filhos, eu a conheci porque me mandaram uma série de *stories* do Instagram dela em que ela dizia: “Venda até as calças, mas pague para ter uma cesárea!”. Entrei em contato com ela, explicando sobre a minha pesquisa. Fui recebida, com muito carinho, para uma tarde inteira de conversa. Cheguei perguntando se ela poderia me contar dos seus partos, não quis chegar logo perguntando sobre os *stories*. Assim, ela foi relatando cada uma de suas gestações.

Começou explicando que, em todas as vezes que engravidou, o processo tinha sido desafiador. A primeira gestação, descobriu com três meses e enjoou do dia que soube até o dia do nascimento e sentia muita falta de ar, sintoma que se repetiu as outras vezes e a fazia “não querer esperar muito”. Tinha só 17 anos, “tinha medo, não queria nem tentar ter normal, foi aqui no São Camilo” Uma amiga sua, enfermeira, conseguiu um médico para fazer a cirurgia que ela pagou, mesmo o hospital sendo 100% SUS.

A segunda gestação tentou ter de novo no hospital, mas, dessa vez, pelo Sistema Único de Saúde, sem pagar nada, porque já era a segunda cesárea e eles “não botam boneco. Mas quando eu fui pra ter, eles só queriam marcar para 39 semanas”. De modo geral, o ideal é fazer a cirurgia o mais próximo possível de 40 semanas, porque a única forma de saber que o bebê está pronto para nascer é quando se entra em trabalho de parto. Além disso, entende-se que quanto mais próximo da quadragésima semana, melhor vai ser o nascimento e a adaptação dos pulmões do meio intrauterino para o meio externo.

Grávida do segundo bebê, achava que algo estava errado, ela não estava sentindo o bebê mexer. Relata que ia até o hospital, onde ouviam suas queixas, mas não faziam nenhum exame que observasse a vitalidade fetal. Só diziam que ainda não estava na hora de fazer a cesária e que iriam operá-la dali a alguns dias. Isso não aplacava suas inseguranças e dúvidas, por isso ela decidiu procurar de novo o médico que a havia operado da primeira vez. Este médico marcou a cirurgia em uma clínica que não tem estrutura de UTI, nem para mãe, nem para bebê. Vários relatos explicaram que, quando surge a necessidade desse tipo de atendimento, as pessoas são transferidas para o Hospital São Camilo. Esse relato nos faz pensar como a mulher sem entender o que está acontecendo se sente desamparada e amedrontada, seja para ter um parto normal, ou mesmo para marcar uma cirurgia.

Quando eu completei as 38, eu disse: eu não aguento mais, porque eu sentia muita falta de ar e eu sentia que ele não estava mais mexendo. Eu sentia que tinha algo errado. E aí eu liguei para o médico que era de lá, um doutor de lá, que ia me operar, e disse então vamos antecipar para o dia 7, porque estava marcado para o dia 10 de janeiro. Vamos antecipar para o dia 7. Eu disse, eu não aguento mais nem um dia. Fui, me virei, desvirei, fui para o particular com esse mesmo médico que me operou no São Camilo. Ele não trabalhava mais lá. Aí fiz com ele particular no hospital Vida. aí

quando o [bebê] nasceu, nasceu com a taxa de apgar baixíssima, 3. E a gente sem saber o porquê. Só que eles não disseram nada, né? Para também não afetar o meu psicológico no momento da cirurgia. Só saíram com ele, tentaram reanimar. E aí deu tudo certo. Só que ele teve que ficar 24 horas no capacete de oxigênio. Aí o médico, depois de muito tempo, veio me dizer que ele teve um problema, não sei se você vai saber o nome, porque eu não lembro, é quando a criança ingere fezes. Por isso que ele tinha nascido desse jeito e até então a gente não tinha entendido, porque ele tinha nascido desse jeito. E o próprio pediatra disse, eu não sei como foi que ele voltou, porque o hospital vida, ele não tem recursos para receber bebês assim, não tem nada, têm oxigênio e só. E aí, pronto. Aí no outro dia a gente foi, foi embora. (Entrevista com Isabelle)

Não compartilhar as decisões com a mulher pode fazer com que ela se sinta enganada que precisa se proteger e pode fazer com que tome decisões duvidosas, como fazer uma cirurgia em uma clínica que não tem estrutura adequada para atender emergências. Quando a questionei sobre isso, me respondeu que se sentiu sem saída:

É por isso que eu tinha medo de ir pra lá [para o hospital vida], meu maior medo de ir para lá era só isso [não ter UTI]. É por isso que eu fui de última hora. Eu falei com ele [médico que fez a primeira cirurgia cobrando dentro do hospital público] um dia, no outro dia eu fui, porque eu também não tinha escolha. Eu não conhecia ninguém de Fortaleza também. Era uma coisa muito rápida, que eu já já nem estava aguentando, e sentia que tinha algo errado, que ele não estava mexendo. (Entrevista com Isabelle)

Enquanto ela relatava a segunda cirurgia, expressou o porquê de sentir tanta indignação com relação ao Hospital São Camilo. A explicação do médico-cirurgião e do pediatra, sobre a saúde do bebê, a fizeram entender que realmente tinha algo errado, conforme ela pressentia, “o médico disse, assim que ele terminou minha cirurgia, na segunda gestação: se o seu filho tivesse passado mais doze horas na sua barriga, ele não teria sobrevivido. E isso me deixou, assim, em choque!”

Não se saberemos dizer quais as indicações de procedimento médico cirúrgico fazem sentido, mas ela continua expressando a indignação sobre a assistência recebida quando ia ao Hospital São Camilo com queixas e não tinha suas preocupações observadas com a devida atenção:

Ainda estava no tempo, não estava nem com 39 semanas, mas, e daí? O mínimo que poderiam fazer, era olhar, observar, né? O que tinha errado mesmo? Não, né? Não fazem nada. às vezes, nem olham pra cara da gente. Porque o negócio deles é operar com 39 semanas. Não querem saber de a gente está bem, operam e pronto. Ninguém fez nada [nas diversas vezes que foi ao hospital se sentido mal], nunca fiz uma ultrassom, nada, nada. É um descaso muito grande. É tanto que eu tenho trauma daquele hospital. (Entrevista com Isabelle)

Diante disso, na terceira gestação já procurou um atendimento particular desde o pré-natal. Também sentia muitos desconfortos, principalmente uma forte falta de ar. Buscou saber os valores para pagar a terceira cirurgia em Fortaleza, mas por fim, foi operada em

hospital particular na cidade de Sobral. Contou que foi a melhor experiência das três, principalmente porque pode segurar a filha assim que esta nasceu, diferente das outras vezes.

Mas nem toda experiência é ruim. Em meio a tantos relatos negativos, uma das mulheres que entrevistei, Wina, descreve uma experiência diferente no hospital São Camilo. Fui ao encontro dela por sugestão de Nínivea que a conhecia e sabia que estava com a gravidez avançada e iria parir naquele local pela quarta vez. Ela é uma mulher muito simples, negra, cursou até o Ensino Médio e teve sua primeira gestação com vinte anos. Mora em uma rua movimentada muito próxima ao hospital.

São várias casinhas simples, encostadas umas nas outras, tetos baixos, um batente na porta para evitar que a água da chuva, quando se acumula, entre nas casas. Do outro lado, um muro alto e uma calçada mais larga, onde faz sombra e as pessoas colocam cadeiras para conversar no fim do dia, nessa calçada sentamos para conversar. Naquela rua várias casas são de pessoas da mesma família e as crianças ficam correndo entre os carros e indo de casa em casa brincando, tem sempre um adulto que grita com elas, seja para prestarem atenção no trânsito, seja para irem lancha, tomar banho, entrar em casa... a vida acontece ali naquele espaço público e privado.

No começo da nossa conversa pedi para ela descrever como foi o primeiro parto, contou que sempre quis ser mãe e, inclusive por isso, tinha pedido para acompanhar uma amiga e uma prima quando foram ter bebê. Fez questão de ressaltar que não tinha medo, era curiosa. Sonhava em engravidar com vinte anos e assim o fez.

Eu sempre disse que com 20 anos queria ter um filho. Aí eu peguei, engravidei. Eu sabia como era parir, porque eu sempre cuidei de menino. Aí eu botei na minha cabeça: eu vou ter um filho também. Eu já sei como é a dorzinha. Eu assisti o parto da mulher do meu primo, assisti da minha prima. Tudo parto normal. Porque eu tinha uma curiosidade, né? de ver. (Entrevista com a Wina)

Interessante perceber que ela desejou conhecer como era parir vendo outras mulheres parindo. Durante a entrevista, chamou a sua mãe e a sua avó que estavam ali pela rua, também para contarem de suas experiências de parto. Todos os filhos, da mãe e da avó, nasceram de parto normal, sendo que a avó fora assistida por cachimbeira (outro nome para parteira) e pela sogra. Quando Wina fala das suas experiências de parto conta que os dois primeiros foram mais rápidos, mesmo que dolorosos e que o último foi bem mais difícil. Na sua primeira experiência já conhecia a “dorzinha” por ter visto outras mulheres parindo e não quis passar muito tempo no hospital como aconteceu com as mulheres de quem foi acompanhante, queria ir só quando estivesse “na hora”.

Quando foi no meu primeiro menino, eu sentia a dor muito forte, mas eu disse, não vou agora, não, ainda não tá em tempo, porque ainda não saía líquido nem nada. Eu vi a bolsa delas romper no hospital. Elas iam só pra ficar lá, sentindo dor por cima de dor. Eu só queria ir na última hora, só pra parir. Aí a dor vinha de quinze e quinze minutos. Aí eu disse, mãe, agora essa dor eu não aguento mais não. A hora é agora. Aí desceu um líquido na minha perna. Agora que o bebê vai nascer. Ora, só deu tempo de chegar no hospital. Fui três horas, quando deu quatro e quarenta eu tive ele. Eu fui bem atendida lá, eles são tudo legal comigo. Graças a Deus. (Entrevista com Wina)

Sua visão sobre o hospital é contraditória, sente que é bem tratada, mas também tem medo, inclusive dizendo que os relatos e opiniões de outras pessoas provocam esse medo.

A segunda [filha] foi muito diferente, era uma dorzinha aqui, outra acolá, eu fiquei três dias com dor, mas eu não quis ir cedo não, porque eu tinha medo de fazerem alguma coisa comigo lá. Porque os outros faziam medo. Eu tinha medo de puxar a ferro [fórceps]. Porque antigamente puxava ferro, nera? Aí eu disse: não, vou ter ela por conta própria mesmo. Quando cheguei os médicos me encaminharam logo lá pra dentro, não me deixaram fora não. Eu já tava botando dor mais forte. (Entrevista com Wina)

Finalmente, quando descreveu o terceiro parto, explicou que a dor foi a mais forte, teve vontade de “se jogar da janela”, de “sair correndo”, disse que foi o parto mais “sofrido” e demorado, tanto que estava com medo de ter parto normal dessa vez, queria fazer a cesárea também para ligar as trompas.

Agora do terceiro, eu cheguei uma hora da manhã e tive ele quatro e pouco, deu foi trabalho. Foi uma dor muito cruel, eu não aguentava mais de dor, [minha vontade] era pular da janela, ir se embora ou pedir pra me cortar [pedindo pela cirurgia], pedia tanto pra eles me cortar, que eu não aguentava mais de dor. Aí eu tô com medo desse aqui, eu queria era cesária, pra mim ligar logo. (Entrevista com Wina)

Quando perguntei de forma mais específica sobre o tratamento que ela recebia no hospital durante o trabalho de parto, disse como se sentiu ajudada, diferente de outras mulheres que se sentiam abandonadas. Inclusive no que diz respeito a ser orientada em como usar os objetos que geralmente relacionamos a estrutura física para parto humanizado:

Eles me ajudaram eles. Mandaram eu entrar lá dentro dentro de uma banheira para mim relaxar mais. Mandaram coisar [sentar] numa bola, no cavalo, lá. Mandaram eu tomar banho tanto para aliviar a dor, né? De instante em instante pra aliviar a dor, né? E aliviava, aliviava tudo, que eu tomava banho e aliviava, mas aí quando vinha a dor mesmo, eu só queria era morrer. Elas ficavam me orientando de instante em instante, elas vai e volta. A acompanhante fica mais à gente. Aí elas pedem pra acompanhante chamar à qualquer hora, na hora que a bolsa rompesse. Aí eu disse, corre, que a bolsa estourou. (Entrevista com Wina)

Outra história que parece fugir à regra dos relatos gerais é a da chefe de enfermagem, enfermeira obstétrica. A conheci grávida quando visitei o hospital pela primeira vez. Ela sabia tudo sobre parto humanizado e se planejava para parir ali mesmo. Quando entrou em trabalho de parto, avisou a uma enfermeira amiga. Prepararam tudo para recebê-la, ficou em

casa sentindo as primeiras dores e quando precisou ir para o hospital entrou por uma entrada alternativa, sem querer fazer alarde e nem chamar atenção das pessoas que estavam de plantão.

Já tinha decidido as pessoas que iam acompanhá-la e não quis que o médico plantonista lhe avaliasse, preferiu seguir com suas amigas enfermeiras e só chamar o médico se precisasse. Usou todos os recursos que poderia, fez um plano de parto, que foi respeitado, pediu para uma das amigas tirar algumas fotos, usou a banheira para aliviar as dores, enfeitaram tudo com pétalas de rosas e com algumas velas. Contou que foi respeitada em todas as suas escolhas e que teve o parto como desejou.

Imagem 05 – Mulher em trabalho de parto no hospital SUS



Fonte: cedida pela própria mulher

Não há como não comparar o atendimento pontual que essa enfermeira/funcionária do hospital recebeu, ao que acontece comumente naquelas dependências. Mas acho importante ressaltar o que a história dela e da gestante que descrevi acima têm em comum: essas duas mulheres tinham conhecimento sobre parto antes de suas experiências. A primeira, escolheu estar presente nos nascimentos dos filhos de duas amigas e a segunda tinha formação profissional e vivência no ambiente de trabalho.

É notável que as duas *aprenderam* sobre parir e tiveram boas experiências de parto. Isso vai ao encontro da explicação da obstetrix Juliana Mesquita sobre o que é protagonismo

feminino: “Quando você fala de autonomia, você individualiza as decisões, e a pessoa deveria poder escolher o que é o melhor para ela”. E as duas mulheres acima puderam escolher, por exemplo, qual a melhor hora de ir pro hospital: “não vou agora, não, ainda não tá em tempo, porque ainda não saía líquido nem nada.” e “Fiquei em casa com meu esposo esperando as dores aumentarem e ficarem mais próximas, não queria ir cedo porque sabia que era pior”. Quando não se entende sobre parto, tende-se a buscar o atendimento hospitalar ainda nas primeiras dores, às vezes, antes do trabalho de parto efetivo. O que se vê muito retratado nas reportagens onde se diz que a mulher é mandada de volta para casa. Geralmente, ir antes de 5 cm de dilatação pode fazer com que a mulher volte para casa, e isso não precisaria ser entendido como uma coisa ruim, mas a falta de informação pode deixar a família insegura.

A chefe de enfermagem reconhece que o atendimento cotidiano hospitalar não corresponde ao que poderiam fazer com aquela estrutura física. Na sua visão, o que mais dificulta o atendimento é a quantidade de mulheres, afirma que recebem treinamento sobre aleitamento materno, têm parcerias com organizações internacionais como a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) para treinamento de procedimentos para a redução de morte materna e outras iniciativas que visam treinamento de profissionais. Mas, segundo pude avaliar, esses treinamentos não se traduzem em um atendimento que promova uma experiência mais feliz às pacientes, pelo menos na visão da maioria das mulheres com quem conversei ao longo de meses na cidade.

Também não havia registro de alguma mulher chegar ao hospital acompanhada por doula. Não sabiam exatamente o que a doula faz e quando questionei se poderia acompanhar algum parto ali, não sabiam responder se a mulher teria que escolher entre a doula e o acompanhante, por exemplo. Algum tempo depois, fui procurada por uma mulher que viu no Instagram que eu estava morando em Itapipoca alguns dias na semana. Conversamos e pedi que ela entrasse em contato com a maternidade para se informar se, caso ela me contratasse, eu poderia entrar junto com o acompanhante. No hospital disseram que sim, mas ela não conseguiu confiar nas informações recebidas e ficou com medo de parir ali, preferiu marcar a cirurgia cesariana em Sobral.

Marcar a cirurgia apareceu nas falas de algumas mulheres como estratégia de fugir da violência obstétrica, o medo de não receber assistência adequada no parto normal, vaginal, faz com que quem tem condição financeira, *fuja* para Sobral, uma cidade próxima onde tem atendimento em hospital do plano de saúde. Por vezes, elas pagam todo o atendimento particular, mas não querem parir em Itapipoca. Depois do parto, essa mulher voltou a me

procurar, agora como consultora de amamentação, e disse que se sentiu muito mais segura ao ser atendida pelo plano de saúde, mesmo em uma cidade diferente.

A história mais marcante e que mais ouvi foi a do *bebê na caixa de sapato*, contada no início desta tese. Repetidas vezes, sob vários olhares e com diferentes detalhes, em todo lugar em que chegava em Itapipoca e me apresentava como doula, as mulheres contavam as suas histórias e de outras mulheres. Esse caso estava ainda mais vivo na memória, porque aconteceu alguns meses antes de eu começar a dar aula na FACEDI. Os relatos repetiam o tom de indignação, as cenas do cemitério, a curiosidade das pessoas. Sempre contando como as informações corriam pelas redes sociais, inclusive com fotografias do bebê. Uma aluna minha também quis contar sua versão da história e acrescentou a repercussão daquele evento entre as mulheres do Coletivo Sutiã.

Esse coletivo é “um movimento de mulheres a fim de reunir, tecer e destecer histórias, gerar o encontro do nosso sagrado feminino e da nossa força política de atuação”³¹. O coletivo começou com a intenção daquelas mulheres se reunirem para dividir incômodos e esperanças, muito motivadas pelo que percebem como um grande número de feminicídio que acontece em Itapipoca. As participantes desse movimento fizeram um ato, em agosto de 2018, na frente do hospital em repúdio ao acontecimento e pedindo esclarecimentos e punição do médico responsável pelo parto.

As participantes do coletivo são principalmente ligadas ao cenário artístico de Itapipoca. Existem na cidade dois principais grupos de referência para essas mulheres feministas, o grupo Dona Zefinha e o Balé Baião, além disso, muitas são ex-estudantes da UECE, principalmente do curso de pedagogia e algumas são estudantes de ciências sociais. Fazem encontros para estudar, ler autoras feministas, fazer saraus de poesias, encontros de conversa sem temas pré-definidos e discutir ações pela cidade. A instalação performática “Não abra!” foi só uma dessas ações, também costumam fazer protestos com oficina de estêncil³² que tem mensagens positivas e palavras de ordem feministas.

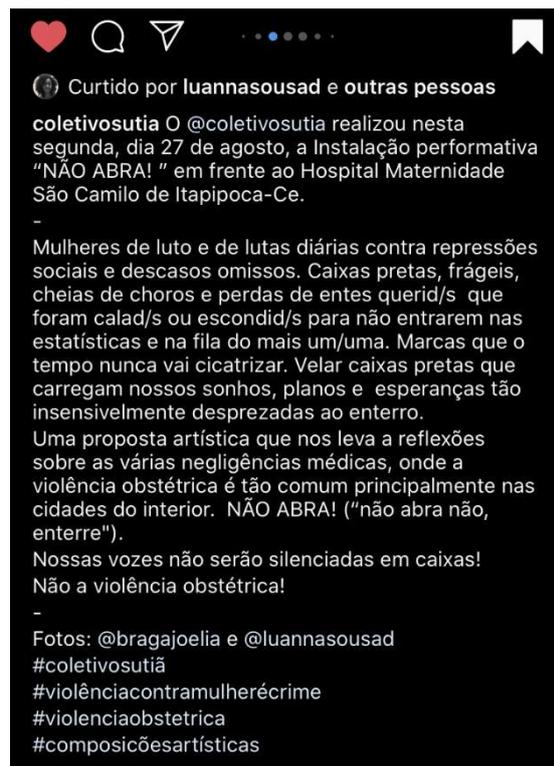
Quando souberam do caso da criança, acharam que tinham que fazer algo para chamar atenção das autoridades e da população para a necessidade de apuração daquele caso. Rapidamente se reuniram e pensaram em uma performance e uma instalação. O coletivo se reunia há pouco tempo, mas se organizaram e foram para a frente do hospital. A ação consistia

³¹ Cf. <<https://www.instagram.com/coletivosutia/>>. Acesso em 13/05/2019.

³² “O termo estêncil, que provém do termo inglês “stencil” reporta-se para a técnica e o resultado destampar algo por meio de uma prancha que apresenta um desenho já recortado. O processo consiste em lançar a tinta através do recorte: deste modo, fica estampada a forma da prancha.”. Cf. em <<https://conceito.de/estencil/>>. Acesso em 13/17/2021.

em caminhar, em silêncio, de uma ponta da calçada do hospital, que é bem ampla, até o outro lado, todas vestidas de preto, com caixas de sapato na mão e deixá-las empilhadas em um canto. As caixas estavam pintadas de preto e tinham inscrições de “FRÁGIL” e “NÃO ABRA”.

Imagens 02, 03 e 04 – instalação performativa “Não abra!”, promovida pelo Coletivo Sutiã



Fonte: captura de tela

No dia da performance, a direção do hospital veio até a calçada pedir que elas parassem, ameaçaram chamar a polícia, que de fato veio ao local, mas não chegou nem a falar com as mulheres, só passaram por perto, tentando intimidá-las. Elas se recusaram a sair, alegando que aquele era um espaço público e que não estavam fazendo nada de ilegal. Algumas delas são fotógrafas e registravam o ato. A direção não insistiu, mas também não quiseram dar

nenhuma informação sobre o acontecido, apesar das mulheres insistirem em “saber se o médico responsável ia responder de alguma forma pelo suposto crime”.

Na época do ato, uma das mulheres do coletivo estava grávida e com medo de parir no mesmo hospital. Ela contou que não quis ver as imagens que circulavam na internet, mas queria ajudar aquela mãe de alguma forma. Uma estratégia de como lidar com a dor daquela violência vivida por uma mulher que, como diz rupi kaur, são dores de tanta gente. No texto se pode ler: “Não a violência obstétrica!”. Esse termo só era usado por algumas mulheres específicas, as pessoas sabem que a assistência não é adequada, mas não chamam os atos pelo nome adequado. Apesar da maioria das pessoas com quem conversei não entenderem o significado e os tipos de violência obstétrica, estavam indignadas, mas também resignadas, conformadas de que é assim que as coisas acontecem ali e que a forma de fugir de uma história parecida era pagar para ter uma cesárea.

O sentimento de medo de ser alvo de uma assistência violenta aparece com tanta potência, que a história dessa família empalidece os relatos positivos. Por outro lado, saber que ali tão próximo ainda existiam parteiras tradicionais, levou-me a buscar entender como as mulheres ao redor delas compreendiam os cenários de nascimento em suas localidades, como isso se relacionava com o parto hospitalar, e como esses conhecimentos estavam passando de geração em geração. Afinal, dentro do movimento em Fortaleza, nos grupos de discussão no Facebook, por exemplo (SALES, 2017) e nos históricos sobre obstetrícia no Brasil (DINIZ, 2015; SOUSA, 2007) as parteiras eram vistas como guardiãs de uma assistência mais natural, menos intervencionista. Tendo isso em mente, segui novas rotas, ao encontro dessas outras experiências de parto.

*sua beleza é inegável
mas o que você tem de ancestral e
sagrado
é ainda mais incrível*

rupi kaur

5. OUTROS PERCURSOS, OUTRAS FORMAS DE PARIR: DA SERRA AO LITORAL

A colonização do nosso país trouxe consigo a perspectiva médica para a assistência ao parto, com isso temos discutido que há também uma colonização dos saberes (QUIJANO, 2006), é preciso lembrar que, com a chegada do homem europeu às Américas, tem início a organização colonial do mundo. Isso gerou, entre outros fenômenos, pensamentos que passam a ter a Europa como ponto zero, diante do qual os demais povos seriam “pesados e medidos”. Formaram-se, então, hierarquias articuladas sob as formas de diferenciação de raça, gênero, sexo e de conhecimento. Mesmo após o fim do período colonial essas distinções hierárquicas tiveram continuidade e, de certa forma, estão presentes até hoje.

A luta pela humanização do parto traz também essa discussão sobre quais saberes são importantes no contexto do nascimento. Afinal, se é verdade que as tecnologias adequadas precisam ser comprovadas cientificamente (Medicina Baseada em Evidência Científica), também é verdade que os saberes ancestrais, exemplificados nos saberes da parteria, não podem ser desconsiderados. A partir da colonização, com o avançar da história, o evento parto, passou a ser visto como um problema médico, patologizado, um adoecimento a ser tratado.

Por esse motivo, na humanização, há um resgate da valorização do ambiente mais parecido com o familiar e menos hospitalar, menos intervenção no processo fisiológico do parto, entre outras iniciativas (ODENT, 2017; DINIZ, 2015). A obstetrix Juliana Mesquita, ressalta que um pré-natal feito por enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizes, que se autodenominam parteiras urbanas, tende a um olhar menos patologizante, por exemplo. Esse capítulo traz o encontro com a sabedoria de parteiras da região de Itapipoca, discutindo, como esses saberes foram se perdendo ao longo do tempo com a intervenção da medicalização e hospitalização do nascimento. Esses conhecimentos foram sendo apagados, ficando cada vez mais restritos a pessoas específicas. E, mesmo com tantos relatos de partos violentos, não observamos entre as estratégias das mulheres, um resgate dessa sabedoria.

A pandemia de COVID-19 me afastou da cidade de forma inesperada. Minhas andanças já não eram possíveis, e precisou um tempo até que eu voltasse a me relacionar com aquelas mulheres. Tudo ficou muito confuso e dolorido, muitas pessoas falecendo, outras com medo, adaptando-se “ao novo normal”, e conversar comigo não estava na lista de prioridades. Por outro lado, aproximei-me de algumas mulheres do coletivo sutiã que depois da primeira onda da pandemia se juntaram a outras mulheres que estavam interessadas em prestar apoio às mais vulneráveis, assim surge o grupo MUMI – Movimento Unificado de Mulheres de Itapipoca.

Como já mencionado, uma das organizadoras do MUMI é professora de história e militante, Nínivea, ligada aos movimentos sociais e ao movimento sindical. Em sua atuação na disciplina de história promovia aulas de campo com seus alunos, nas quais começou a reconhecer a cidade e seus entornos. O destino era principalmente a comunidade de Nazaré, que hoje se reconhece como quilombola, os tanques fossilíferos, e a comunidade indígena dos Tremembés, na região de São José e Buriti, no litoral de Itapipoca.

Contou que as aulas de campo não eram comuns quando chegou ali e que levava os alunos em pau de arara, transporte ainda hoje utilizado para chegar em algumas localidades. Também não havia ainda o reconhecimento da Comunidade de Nazaré como um território quilombola e sua experiência com pesquisa e interesse histórico ajudou no início desse processo de reconhecimento. Assim, essa mulher semente foi fundamental para esses novos encontros.

5.1 Dona Zilda, a parteira da Comunidade de Nazaré.

Na Comunidade de Nazaré há duas irmãs, que são pretas e também as únicas que têm ensino superior, que estão à frente da Associação de moradores que lutam pelo reconhecimento, processo que se iniciou em meados de 2003. Em 2011 Nazaré recebeu a Certidão de Registro do Cadastro Geral das Comunidades Remanescentes de Quilombos pela Fundação Cultural Palmares (FCP).

Através da historiadora entrei em contato com uma das irmãs que logo me convidou para passar um fim de semana na comunidade, em sua casa. Não conseguia conversar direito pelo telefone, porque o sinal não era bom, depois entendi que lá na comunidade não tem sinal das redes de telefonia, só pega Internet, então a comunicação era em sua maior parte por mensagens de WhatsApp, curtas. Eu expliquei que queria conhecer as histórias de partos do lugar e conversar com a parteira que ainda mora por lá. Fui. Sem saber como seria, porque ela não aprofundava a conversa, só me dizia: “venha!”.

Mesmo com poucas trocas de mensagem e sem saber o que me esperava, fiquei ansiosa para me aproximar desse lugar, entendia que eu precisava me afastar do centro de Itapipoca e deixar que o campo me mostrasse outras experiências que não estivessem ligadas diretamente àquela maternidade que me mostrava quase sempre as mesmas coisas, desrespeito e violência obstétrica.

Chegou o tão esperado fim de semana. Fui primeiro para a casa de uma professora em Itapipoca e precisava encontrar na manhã seguinte um pau de arara que me levaria até Nazaré. Bem cedo, fui ao local mercado e conheci um primo da minha anfitriã. Já no primeiro contato entendi que ele era filho da parteira com quem eu iria conversar e ele foi logo me dizendo que a mãe estava muito idosa, doente, que não lembrava quase nada e que não gostava muito de conversar. Aliás, isso era uma coisa comum entre as pessoas para quem eu dizia que ia até Nazaré conversar com a parteira, todos se entreolhavam e diziam que Zilda não era nada simpática e que talvez até não quisesse conversar comigo.

Já na subida da serra, em Arapari, tudo era diferente do centro quente de Itapipoca, a vegetação se transformava e ia ficando mais frio à medida que o pau de arara subia. Íamos parando pelo caminho, pegando e deixando pessoas, algumas com muitas bagagens, outras só voltando para casa depois de mais uma semana ou dia de trabalho. Era sábado, com vergonha de chegar sem nada “na casa alheia”, levei uma malinha e um saco de laranjas que comprei de um carro de fruta antes de iniciar a viagem. Queria ir em cima do caminhão, mas não deixaram, o motorista e o dono do carro pediram que eu fosse na frente, porque sacudia menos, aceitei a gentileza, a contragosto.

Íamos passando por terras de mata, alguns cultivos e algumas pequenas cidades, postos de saúde, aparelhos da prefeitura, escolas, praças, igreja católica e evangélica, como em qualquer cidade do interior. Sempre indo mais acima, passamos pela localidade de Arapari, São Daniel e, finalmente, Nazaré. Já tinha duas horas desde que encontrei o filho da parteira. Quando cheguei ainda tive que subir mais um pouco até a casa que me hospedaria, o dono do caminhão levou minha mala e me apresentou à sua prima, minha anfitriã.

A casa dela era maior que as outras, bem acima do salão que abriga a Associação de moradores de Nazaré e onde acontecem missas, uma vez por mês e onde houve a vacinação contra Covid-19, na semana anterior a minha chegada, ainda encontrei muitos chumaços de algodão jogados na frente do prédio. As ruas de pedra e areia, interligam as casas dos moradores que são todos parentes, compadres e comadres. Já cheguei colocando mais roupa e a família (mãe, cunhado e um filho de sete anos) rindo de mim porque não achavam que estava tão frio assim.

Minha anfitriã foi contando um pouco da história do lugar. Explicando que ainda estão em processo de reconhecimento do território como quilombola, mas que já recebem alguns benefícios do governo federal, como a vacinação ter chegado primeiro à Nazaré, por exemplo, já estavam todos vacinados com duas doses. As pessoas, aliás, não usavam máscara o tempo todo, mesmo quando usavam para sair de casa, quando chegavam nas casas de seus vizinhos, tiravam.

A casa onde estava era mesmo maior e diferente das outras, estava em reforma, tinha três quartos, dois banheiros, duas salas, uma cozinha grande, uma varanda bem ampla que circulava a casa toda. Areia de construção numa área da varanda e muitas galinhas, cachorro, patos, galos, todos por ali, passavam o dia sendo enxotados de dentro de casa. Quando cheguei, entreguei meu saco de laranjas, mas não fez muito sucesso, nas redondezas tem muitas frutas, goiaba branca, vermelha, banana, graviola, café, inclusive laranja. Sentamos para almoçar uma galinha caipira com pirão. Depois fomos nos deitar nas redes na varanda, onde ela me contou um pouco da história local e histórias de parto.

Começou dizendo que nem todos queriam ser reconhecidos como região quilombola. Principalmente quem tinha medo da família de brancos que é “proprietária” das terras de Nazaré, e foi logo contando que é casada com um homem branco dessa mesma família, mas ressaltava que isso não interferia em nada, eles tinham decidido que não deixariam essas questões atrapalharem o casamento e assim faziam. Chaves e Silva (2016) contam um pouco dessas disputas:

Na atualidade, os conflitos estão mais relacionados à convivência dos quilombolas com as famílias que detém a “propriedade” da terra. Estas limitam as áreas de acesso para o cultivo, criação de animais e até a construção de algumas benfeitorias por parte dos moradores; inclusive a permissão para uso de determinados recursos naturais, como, por exemplo, a água, é gerador de disputas entre os posseiros e os moradores de Nazaré (CHAVES e SILVA, 2016, p. 59)

Reflexo desses conflitos, quando o processo de reconhecimento se iniciou, as duas irmãs receberam muitas ameaças, segundo elas, a família de brancos contratou jagunços que reuniam os moradores pretos de Nazaré e diziam que elas iam dificultar a vida de todos, e que já se sabia de quem eram as terras, não precisavam de mais nada. Ameaçavam a vida das irmãs também, uma delas me disse que tranquilizava o pai dizendo que se quisessem matá-la, ela já estaria morta, “quem ameaça não cumpre”.

A verdade é que ninguém tem documento das terras, e sabem que se o Estado desapropriar de quem diz ser o dono para a associação de moradores, seriam indenizados, mas não querem mudar a dinâmica local e uma saída para que os moradores decidissem se associar,

foi dizer que não entrariam com o processo de posse da terra. Na época, contam que tinha uma tia e um tio delas que faziam muita “fofoca” para a família de brancos e tentavam convencer os outros de que não era bom “mudar as coisas”.

As irmãs são professoras, minha anfitriã de ensino infantil, trabalha e mora em Itapipoca durante a semana, onde o marido tem um negócio e o filho estuda. Só sobe a serra durante os fins de semana, naquela semana tinha ido passar quatro dias, porque durante a pandemia de covid-19, esses tempos não eram tão rígidos. A inquietação de ser reconhecida como comunidade quilombola partiu dela e da irmã. As duas sofriam muita violência na escola quando eram pequenas, várias vezes repetiam que eram conhecidas como as “neguinhas de Nazaré”. Uma delas me contou que quando estavam só entre os da localidade diziam que “A gente é *os nego de Nazaré*, mas é São Daniel que bebe as águas dos cu de Nazaré”, porque a água que abastece as cidades de São Daniel e o centro de Arapari, tem nascentes ali.

No fim da tarde do primeiro dia eu já tinha conhecido muita gente da família, toda hora passava alguém e entrava, perguntava quem eu era e o que estava fazendo, a dona da casa respondia que eu era amiga da professora de história de Itapipoca, que estava fazendo pesquisa, e todos reconheciam o que era *pesquisa* e queriam contar dos estudantes da UNILAB que iam conhecer as árvores, os caminhos pela mata, e quando sabiam que eu queria ouvir histórias de mulher grávida e da vida da parteira, riam e desejavam que eu “pegasse a Zilda num bom dia”.

Finalmente, fui ao encontro da parteira. Uma senhorinha magra, sisuda, visivelmente doente, estava à minha espera, tinha tomado um banho, pedido para fazerem uma trança nos cabelos e estava sentada em uma cadeira de balanço com as pernas apoiadas num banco à frente. Já foi logo perguntando o que eu queria saber de parto e se desculpendo que não lembrava de quase nada. Tinha uma voz bem fraca, várias vezes eu não entendia o que ela dizia. A família, os que moravam com ela e os “curiosos” que vieram me ver sentaram na sala, logo ao lado de onde estávamos e faziam muito barulho, só falavam mais baixo quando queriam ouvir a nossa conversa e ficavam *de olho comprido* nos observando.

Comecei a conversa perguntando: “A senhora que fazia o parto das mulheres por aqui?”, resposta seca, só um balançar de cabeça, “me chamavam porque eu já tinha tido os meus”. Aos poucos foi me dizendo que pegou os meninos de tudo que era mulher, a conversa foi desafiadora, lembranças que pareciam confusas. “Quem ensinou a senhora a pegar menino? Deus. Aprendeu sozinha, foi? E Deus, só eu e Deus. Eu sabia [...] já tinha tido os meus [dez] meninos e sabia”. Sempre respostas curtas.

Contou que as mulheres não gritavam, que ela nunca precisou fazer oração, nem nada disso, era só passar o óleo de pajeú morno no rosto e nas “cadeiras” [quadril da

parturiente]. Quando eu perguntei como era que ela fazia pela segunda vez, me olhou brava: “você nunca viu um parto não? Num tem menino não?”. Mas fez os gestos com as próprias mãos ao redor do quadril e da barriga. Contou orgulhosa que na mão dela nenhuma criança nunca morreu. “As que eu peguei foi tudo normal, normal”. Mas teve uma mulher que a criança nasceu primeiro os pés e por último a cabeça, “não morreu porque Deus não quis”, com a minha insistência em entender como foi esse parto, me perguntou: “você não entende, é?”, já impaciente.

Na cidade vizinha, Arapari, tinha outra parteira bem conhecida, Dona Raimundita, quando Dona Zilda não conseguia resolver, mandava chamá-la, já que tinha mais “experiência”. Nesse caso, viam-na como mais experiente, porque ela teve o treinamento do Ministério da Saúde e até tinha uma tesoura para cortar o cordão umbilical e aprendeu a fazer episiotomia. Dizia a Dona Zilda: “Não tinha medo não, de pegar, não”. Mas as mulheres ficavam mesmo em suas casas e eram amparadas pelas vizinhas, “nunca mandei ninguém [pro hospital], lá é pior, um alvoroço, grita, berra, aqui não. Eu nunca berrei, eu tinha era normal, cortava o umbigo com uma talhinha de palmeira e amarrava com algodãozinho”.

A irmã de Dona Zilda também era parteira, mas “não sabia o tanto que [ela] sabia”, foi essa irmã que ajudou com a filha derradeira. A parteira estava em uma cidade vizinha quando começou a “sentir”, conta que continuou o que estava fazendo, fez a feira e subiu a serra, ali arrumou os paninhos e pediu para o marido ir buscar a irmã, mas não quis que ninguém pegasse a criança, disse que “fez tudo só”. Depois contou que mandou enterrar tudo, provavelmente a placenta, ela não soube explicar, mas enterrar a placenta é uma prática comum.

Após um tempo de conversa começou a contar que via quando as mulheres iam “descansar”, que ficava “prestando atenção”, a mulher trabalhava e andava até o dia de adoecer, isso ajudava. Via que elas se encolhiam na rede, aliás, disse que as mulheres pariam principalmente nas redes e no surrão³³, era comum forrar o chão com esses surrões, fazendo uma espécie de “cama” onde iam “aparar”/amparar o bebê.

Depois de parida, a mulher era levada para se deitar, e o bebê recebia banho de água morna. A placenta saía logo, e se não saísse, passava o óleo de pajeú, mas também disse que rezava para Nossa Senhora do desterro, São Francisco, Nossa Senhora das Mercês, Nossa Senhora das graças, que ajudava a expulsar. Seu relato é mesmo confuso, primeiro disse que não precisava rezar, mas se contradisse nesse ponto. O bebê só mamava quando queria. Nunca

³³ “objeto feito de palha de carnaúba em forma de saco medindo +/- 80cm de largura por 1,00m de comprimento, tendo a boca costurada até o meio”. Cf. <dicionarioinformal.com.br>

cobrou por esse acompanhamento, ela fez questão de dizer, nunca ganhou nada por isso, trouxe um traço de solidariedade na fala que se relaciona com o que Noélia Sousa (2007) ressaltava como uma característica forte entre as parteiras do interior do Ceará e suas parturientes. A autora ainda ressaltava que essa ideia de solidariedade pode esconder uma relação de poder, já que as parteiras são vistas como mulheres sábias, que curam e apoiam outras mulheres.

Conversei também com outra dona Zilda, essa bem mais nova e que teve filhos aparados pela parteira Zilda. Casou-se com 18 anos, grávida do primeiro filho, e muito maltratada pelo pai por causa dessa gravidez fora do casamento. Não sabia como “se fazia menino”, mas toda tarde levava umas cabras para pastar e um dos seus irmãos ia com ela, mas tinha um problema na perna e parava no meio do caminho, um pouco a frente o namorado a esperava, a mãe pensava que os irmãos andavam sempre juntos, mas ela ficava sozinha um bom tempo e nesse intervalo o namorado a convencia a “se deitar mais ele”. Era bom, mas não entendia direito o que acontecia, até que a regra parou de descer, se preocupou, mas foi o namorado que disse que “podia ser menino”.

As famílias não queriam o casamento, mas enfim, casaram-se. Ela trabalhou até o último dia, antes de adoecer (iniciar o trabalho de parto), nesse tempo o marido ia trabalhar na roça e ela levava “de comer” na hora do almoço, um dia, estava se sentindo muito mal do “estômago”. Ela relata:

Aí eu fui lá pro finado João Pedro, aí era dor nos quarto, ainda era pra eu tirar capim nesse dia, aí eu fui lá pro finado João Pedro, aí quando eu eu cheguei lá, eu fui lá porque as meninas eram minhas amigas e eu fui pedir pra elas tirar os capim por mim, porque eu já não aguentava a dor nos quarto. Mas eu não sabia que ia ter menino, a minha mãe não disse que eu ia ter dor. Aí não sei como esse menino escapou. Eu pegava por cima das pedras, e elas tudo chupando cana e perguntavam: ‘quer cana, Zilda?’ e eu dizia ‘quero não que eu tô com dor de lombriga, as lombriga tão doida’, aí a finada Quica dizia ‘é mermo, Zilda, as lombriga tão tudo doida’. Ninguém sabia que eu tava doente era pra ter menino. Só tinha era dor, aí eu pegava aqui [apontando para o ventre] e tacava por cima da pedra grande e acalmava a dor, não sei como não quebrava a cabeça do menino. Dava dor por aqui e por aqui [apontando para o ventre e para a lombar] que dor de menino dá na frente e dá atrás. Aí eu dizia, menino de Deus, eu não quero cana não. Aí eu fui pra casa. Aí eu vi aquele sangue, aí eu fiquei com medo, Ai meu Deus o que é isso. Aí eu tava conversando sozinha, aí meu marido ia chegando e eu ai meu Deus, agora eu vou morrer, o que é isso, com esse sangue aqui. (Entrevista com D. Zilda)

No fim da tarde um rastro de sangue, que deu medo, não sabia o que esperar, foi o marido que viu, chegando do trabalho, “ele sabia, eu que não sabia”. Foi buscar a ajuda da mãe dela que trouxe a parteira. Ela gemia muito com as dores, deitada na rede, foram três dias e três noites, a parteira fazia massagem, apertava a barriga, e não nascia. Até que Dona Zilda, parteira, disse que não podia fazer mais nada e chamaram a “cumade Raimundita”, parteira do Arapari.

A segunda parteira fez exame de toque, quando coloca os dedos no canal vaginal para ver a dilatação do colo do útero. E disse que “dali pra amanhã, nasce, não demora muito não”.

Zilda contou que ficava de cócoras, apoiada em um pilão, só uma parte do quadril, o marido nas costas segurando e a parteira no chão, na frente dela. Mas não aguentou essa posição por muito tempo e se deitou na rede, posição na qual pariu. A avó da criança por perto, chorava, achava que a filha não escapava daquele parto. Mas “eu sei que quando deu fê, o [filho] nasceu, não sei como não nasceu com a cabeça quebrada mode as pedras, só Deus!”. Raimundita já tinha o curso de parteira, cortava o cordão da criança com tesoura, amarrava o cordão com algodão e um pano na cintura do bebê. Depois que ajeitava o menino todinho, vinha tirar a placenta, às vezes tinha que “botar a mão lá dentro pra tirar”.

Entre os relatos, não obtive uma explicação clara do porquê não haver a formação de novas parteiras. As mulheres contaram que quando estas foram envelhecendo, não se tinha mais filhos nas suas próprias casas, passou a ser comum descer para o posto em Arapari ou até para o hospital em Itapipoca. A descida da serra era feita em rede, amarravam os punhos em um pedaço de pau e quatro homens se revezavam levando a mulher deitada. Às vezes demoravam a noite inteira nessa descida e, quando chegavam ao hospital, a mulher era deixada sozinha.

Todas falavam de como no hospital era pior, elas sentiam medo por estarem sós e nunca ninguém explicava o que estava acontecendo, eram orientadas a ficar deitadas e uma delas chegou a dizer que chamou a enfermeira para dizer que o filho estava nascendo, mas foi ignorada, a enfermeira respondeu que não ia nascer naquele momento e saiu, quando voltou o bebê já estava na cama, ao lado da mulher. As situações descritas acima são bons exemplos do que estamos discutindo quando observamos que a hospitalização ajuda a promover uma alienação da mulher com relação ao próprio corpo, desacreditando-a. No capítulo seguinte, descreverei meu encontro com uma parteira bem mais jovem do que D. Zilda, Dijé, e poderemos observar, a partir dos relatos dos seus próprios partos, como ela percebe e acredita em todos os sinais que o seu corpo dá.

5.2 O encontro com a parteira Dijé

Nas minhas andanças, uma professora da UECE disse que conhecia uma mulher indígena dos Tremembé que também era parteira e que acompanha parto até hoje. Pedi para fazer essa ponte e liguei logo em seguida, mulher simpática de uma risada fácil e gostosa. Fui até Itarema conhecer Dijé, irmã do pajé e mãe de 8 filhos. De Itapipoca até sua casa, mais uma

hora e meia de viagem. No caminho me perguntei várias vezes se aquele deslocamento fazia algum sentido.

Quando cheguei já fui recebida por uma escola indígena linda. Bem na frente tem um grande salão, carteiras em círculo e um teto alto de palha. A escola estava vazia, mas andei pelos corredores e só sorria, que escola diferente, salas arejadas, bem iluminadas, trabalhos dos alunos pelas paredes. Ao redor algumas pequenas casas, bem perto do prédio da escola, quase no quintal, uma dessas casas, a casa de Dijé.

Fui muito bem recebida por aquele mesmo sorriso farto das nossas ligações. Uma casa simples, entrei pela cozinha, panelas no fogão, algumas meninas pela casa, de idades variadas, mas todas parecendo muito tímidas, algumas eram filhas e outras netas, uma delas ainda um bebê. Não foi difícil conversar sobre os partos, ela estava feliz em me receber e feliz em falar sobre esse tema. É uma mulher que se identifica como parteira e é filha, neta e bisneta de parteiras. Aprendeu a partejar acompanhando a mãe, muito nova ainda, entendia que não podia falar muito, que estava ali para iluminar com ajuda da lamparina, para pegar algum instrumento, para auxiliar no que a sua mãe precisasse.

Eu não fui parteira por acaso, eu sou parteira porque venho de uma linhagem de parteiras, desde a minha bisavó. [...] essa linhagem todinha era de parteiras, e eu toda vida fui curiosa, eu sou aquela pessoa ansiosa, não gosto de ficar esperando, eu gosto de agir, eu gosto de ir atrás, eu não fico parada, eu sou agitada, vamos dizer assim, né? E eu sempre curiosa com a minha mãe, a minha mãe fazendo parto, né? E eu sempre curiosa. E naquela época, da minha mãe, da minha avó, da minha bisavó, não tinha energia, era lamparina. Então para ver no momento de parto, no momento de cortar o “imbigo”, tinha que ter a lamparina acima da cabeça da parteira, que era para ela ver melhor, se por acaso fosse a noite, se ela fosse partejar de noite, e a minha mãe gostava de me levar para esses lugares de noite, aí eu fui vendo e fui curiando e fui aprendendo do jeito que ela fazia as coisas. Eu prestava muita atenção, curiava muito, ficava ali pertinho, praticamente cheirando a mulher que tava parindo. Todo movimento que ela [minha mãe] fazia, eu fui levando pra mim. (Entrevista com Dijé)

Diferente da Dona Zilda, a voz da Dijé é firme, jovem, clara, ela sabe bem o que está contando. Não diz que “aprendeu sozinha”, mas faz questão de honrar essa história de família. Também é importante lembrar que na comunidade Quilombola de Nazaré não existe um histórico de lutas por reconhecimento, esse é um movimento bem recente, Dona Zilda não faz parte desse processo e, de modo geral, as pessoas de Nazaré parecem trazer a marca de anos de silenciamento e medo, pareceu mais desafiador costurar histórias e o próprio exercício de contá-las.

Ao contrário, a comunidade indígena onde reside a Dijé tem um histórico de anos de lutas, já é reconhecida pelo Estado e pela comunidade local não-indígena. A escola é um símbolo desse reconhecimento e ela, mais especificamente, é uma mulher de luta, envolvida

nas conquistas da sua gente, irmã do pajé e uma pessoa de referência na comunidade. Sua história é contada de forma mais linear, sai mais fácil, está acostumada a dar entrevista, muitos pesquisadores e jornalistas já passaram por ali.

Algumas falas da Dijé me fizeram entender melhor o raciocínio da Dona Zilda. Por exemplo, a primeira parteira que entrevistei, dizia que não queria fazer “o curso”, que não “tinha precisão”, eu imaginava que era a formação do Ministério da Saúde para as parteiras tradicionais, mas ela não sabia dizer ao certo. E algumas mulheres de Nazaré, lembraram que a Raimundita, parteira do Arapari, “tinha o curso”, por isso cortava o umbigo com tesoura e não com a talhinha de palmeira. Conversando com a Dijé ela também lembrou do tal curso. Há trinta e cinco anos, mais ou menos, pela sua memória, é que começaram a falar na tal maternidade de Itarema, e “o pessoal” do ministério da saúde começou a andar por ali “tentando dizer o que tinham que fazer quando a mulher entrasse em trabalho de parto”. Dijé contou que chegou a ouvir alguns desses direcionamentos em uma de suas gestações, mas “ouvia, fazia que ia para a maternidade, mas sabia que na hora eu não ia”.

No primeiro parto que ela “fez”, não fez só, estava com sua mãe, já tinham sido orientadas pelas pessoas do governo a mandar as mulheres para a maternidade. Mas estas não queriam ir, não confiavam, não aceitavam, preferiam estar com as mulheres da própria comunidade, chamavam as parteiras, não tinha “esse negócio de hospital, fazer o que no hospital?”. E a maternidade de Itarema, única da região, ficava longe, era de difícil acesso, não tinha estrada, não tinha carro, além disso, quando conseguiam chegar, ficavam sozinhas. As que iam, precisavam ir de rede.

Também em Nazaré, quando uma mulher em trabalho de parto precisava descer para Arapari ou mesmo para Itapipoca descia de rede. Pelo menos quatro homens precisavam acompanhá-la, a princípio dois sustentavam de um tronco de madeira, onde amarravam a rede, quando cansavam, trocavam de lugar com os outros dois. Em Itarema, também iam levando a mulher na rede até Almofala, no meio do caminho, e lá é que talvez conseguissem um carro para levá-la até a maternidade.

No parto da primeira filha de Dijé, em 1980, ainda não se falava em ir para a maternidade. Duas parteiras, da comunidade, ajudaram-na, mas sua mãe não quis ser a parteira responsável, ficava nervosa em acompanhar o parto da própria filha. Dijé contou que não tinha experiência quase nenhuma, que tinha somente 16 anos e quando a bebê nasceu, não chorou, as duas parteiras ficaram mais preocupadas com a mãe recém-parida e não notaram que a criança não tinha chorado, quando chamaram a parteira mais experiente, a criança tinha acabado de morrer.

Era o “derradeiro” dia da festa do padroeiro da Igreja de Almofala, passou três dias de dor, a mãe e o pai por perto, mas não junto dela. Só as duas parteiras, que acompanharam o tempo todo. Era muita dor, “na minha cabeça, era dor no corpo todo, no estômago, nas pernas, porque eu queria ficar acorada e aquele exercício doía tudo. E elas me ajudavam, faziam massagem, nas costas, nas cadeiras, na barriga, pra mim, aquelas mãos era um alívio daquela dor, mas na barriga incomodava. [...] Massagem sem óleo, sem nada, só mesmo com as mãos mesmo”.

Quando perguntei pela posição do expulsivo no parto, ela contou que na sua casa tinham um osso bem grande de baleia, onde a mulher apoiava o bumbum, bem na beirinha no osso e deixava a mulher quase de cócoras. E quando a mulher ia se posicionar para ter a criança, as parteiras forravam com panos, rede velha, sacas de mantimentos, as anáguas mais antigas da sua mãe. Fizeram uma cama, e ali Dijé pariu.

Osso de baleia usado em parto é uma das histórias do dr. Galba de Araújo³⁴, no Ceará, que na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará ficou bem conhecido por preconizar o uso de práticas aprendidas com parteiras tradicionais e indígenas da região.

Essa primeira gravidez foi fruto de um amor adolescente por um homem mais velho, que a abandonou quando ela estava com quatro meses de gestação, repetindo a história da sua mãe. Mesmo com essa semelhança nas histórias, a mãe não aceitou tão bem, o pai foi mais compreensivo. A mãe achava que ela era “danada demais”, além disso, a religião cristã, católica e evangélica, já tinha chegado com muita força na comunidade e os pais das amigas queriam que se afastassem dela, uma mulher grávida sem um companheiro. Não era comum casar-se, as pessoas passavam a morar juntas, mesmo assim, estar grávida sem “um marido”, não era bem-visto. Sua casa era uma casa feminina, moravam ela, a mãe e a avó, a avó separada do avô, a mãe separada do pai, e ela agora, deixada pelo homem que a engravidou.

Quando ela teve relações sexuais com o pai da sua filha, já entendia o que era aquilo, porque fora abusada por um parente quando era criança, tinha doze anos, mais ou menos. Os pais dela ficaram sabendo da violência contra a filha e quiseram forçar o casamento, mas ela diz que não tinha como cuidar de um homem, ainda brincava, catava os coquinhos que caíam das árvores e fazia umas casinhas de palha, como se aqueles coquinhos fossem pessoas.

Em 1982, Dijé achou um novo companheiro, mas não quis logo engravidar de novo, uma parenta sua engravidou, também sem um companheiro, e ela pediu para criar a criança,

³⁴ Cf. <<http://museudoparto.blogspot.com/search/label/Galba%20Ara%C3%BAjo>>. Acesso em 20 nov 2021.

mas a mulher grávida não quis, porque dizia que o pai ia querer criar o filho. Quando no dia do nascimento, viram que eram gêmeos, duas crianças, e a mãe achou que não dava para criar os dois, mandou chamar a De Jesus (Dijé) que pegou o filho dessa parenta para ela. Ainda conseguiu amamentar um pouco, saía leite das suas mamas, mas a criança era tão pequena que não tinha forças para mamar, e era alimentada com mingau de goma com a farinha pilada no pilão, bem fininho, chá e leite de gado.

Assim seguiram os outros partos, no segundo parto a mãe foi a parteira. Ela já sabia a dor,

eu não disse nada pra ninguém, eu já sabia, essa dorzinha ainda não é a dor pra parir. Aí eu não disse nada a ninguém, passei o dia todinho e entrei pela noite, quando foi lá pelas cinco horas da manhã, aí aumentou as dores [...] aí eu chamei minha mãe, aí disse a ela, eu disse assim, mãe eu acho que a gente vai ter festa por aqui. Eu sempre dizia assim, vai ter festa. Aí eu que preparei, essa aqui foi eu que preparei, coloquei uns panos, tinha uma mesa na sala [...], fiz a cama [na cabeceira da mesa], onde tivesse condições de eu me apoiar pra me levantar. Aí já tive diferente, já tive acorçada, do jeito que eu queria, as minhas pernas pediam para fazer isso. A minha dor pedia pra eu fazer isso. (Entrevista com Dijé)

Dijé conta com detalhes como sentia seu corpo, suas vontades, como já queria ficar sozinha, já se conhecia, sabia a hora que precisaria de ajuda. Quando continuou contando seus outros partos, disse que na gestação ela preparava tudo que ia precisar no parto, como se fosse um enxoval. Ia separando as sacas e as roupas que iam ficando velhas, as anáguas, para fazer a cama.

Aí chamei a mamãe, não quero nada de assento, não ponha nada perto de mim, não, aí eu apoiava os dois cotovelos [na verdade os calcanhares] na bunda, bem na regada e a passagem tá toda livre, e quem tá na minha frente, tá ótimo. Aí toda dor que eu tinha, ia lá acorar naquele lugar, passava a dor ia arrodar [andar ao redor], ia lá onde tava a mamãe, dava uma volta dentro de casa. E ela: “mulher, mande chamar logo a tia Júlia” e eu, não, que ainda não tá na hora, aí quando deu 5h da manhã, ele [o pai da criança] tava em casa, que era pescador, foi chamar. Aí quando ela chegou, só deu tempo dela lavar as mãos, passar um álcool nas mãos e o menino nasceu. (Entrevista com Dijé)

Lavava tudo, pegava uma caixa e furrava com um dos panos e os outros dobrava e colocava na caixa. Junto a isso já fiava o algodão de amarrar o cordão umbilical, ali mesmo no quintal tinha uns pés de algodoeiro, ela colhia e fiava o “alçoãozin”. Também separava água ardente para desinfetar e a faquinha de cortar o cordão que era feita afiando a casca da cana e a *imbigueira*, que ia cobrir o umbigo unguentado com banha de galinha ou óleo de coco, para o umbigo apodrecer e cair logo e cobria pra não deixar mosca se aproximar. Quando chegava o “dia da festa”, ela limpava bem a casa e defumava com a raiz de almesca também colhidas no quintal, aquele cheiro espantava mosca e insetos, quem passasse na rua sabia que ali ou tinha

uma mulher que ia ter menino, ou uma mulher que tinha acabado de parir. Interessante que essa forma de chamar o parto de *festa* é apresentado por outras parteiras de comunidades tradicionais como citam Brum e Adams (2000)

Parto é mistério de mulher. Feito por mulheres, entre mulheres. Está além da compreensão das parteiras da floresta que a vida se desenrole em berço de morte, no hospital, como se doença fosse. Para cada parteira, a dor primal é o prenúncio do êxtase do nascimento. Parto, com as devidas desculpas à condenação divina, não é sofrimento. É festa. (...) “Quando é hora do menino chegar, a mulherada se reúne e é uma graça”. (BRUM e ADAMS, 2000. p.84.)

A saída da placenta assustava a mãe da Dijé, ainda mais a dela, que sempre demorava a sair. Em todos os seus partos ela precisou de ajuda, a placenta ficava aderida, até achava que podia aparar seu próprio filho, mas precisava de ajuda para a saída da placenta. Importante dizer que o cordão umbilical só é cortado quando a placenta nasce e a parteira a ouve, e quando ela para de pulsar, corta-se o cordão. Nos partos de Dijé a parteira fazia um laço no dedo, com o cordão, dizia uma oração e puxava um pouco, mais um laço, outra oração e puxava mais um pouco, um terceiro laço, a última oração e a placenta saía.

Na hora que nascia já ia para o peito, enrola no pano e dá para a mãe. A mãe já vê se ele suga, vê como ele está. Ela como parteira, se preocupa que a mãe e a criança descansem, dá massagem e limpa tudo, aquecia água, colocava um pouco de álcool na água ou água ardente, dava um banho, secava a criança, armava a rede, a deitava dentro e ia cuidar da mãe. Para a mãe, dá sempre um chá bem doce, ou um caldo, se ela quisesse, massagem nas pernas, até o dedinho, para ela descansar. Depois massagem de lado, *nos quartos*, pra fechar, parece um pouco com a ideia de massagem com rebozo feita por parteiras tradicionais mexicanas que também é para fechar o corpo. Dava banho com água morna e ela não tem preocupação com nada, “naquela hora, pelo menos eu como parteira, dava, tirava toda atenção só para aquele filho, para aquela mãe, nada lá fora tem nada a ver comigo”.

O mais interessante dessas histórias é perceber quantas semelhanças na assistência ao parto, apesar da distância e das condições sociais. Entre as diferenças destacam-se como a organização social e as condições da presença de outros grupos são muito distintas. Na comunidade de Nazaré, as relações estão sempre entre familiares e precisa sair dali para encontrar outros grupos, em Itarema não, a comunidade indígena se mistura com os não-indígenas. Na juventude, por exemplo, Dijé trabalhou de caseira em uma “casa de praia” de um médico de Fortaleza. Tudo é muito próximo, ainda mais agora, com as estradas. Em Nazaré, até a iluminação pública é escassa, e só atualmente conseguiram que uma escola quilombola começasse a ser construída dentro da comunidade. Por outro lado, há uma enorme semelhança

nas formas de assistir ao parto, como acolhem a parturiente, como cortam o cordão umbilical, as massagens nos quadris para aliviar a dor, as orações. Além disso, destaco como, em certo tempo histórico, o Ministério da Saúde passa a se interessar no treinamento das parteiras tradicionais, pedindo que estas começassem a direcionar as mulheres para o ambiente hospitalar.

Volto a destacar que mesmo essas comunidades tão próximas do centro da cidade não trazem influência significativa quando pensamos nas estratégias contra a violência obstétrica. As mulheres, de modo geral, não comentam sobre as parteiras, e quando perguntadas, não sabiam sobre a existência delas. A dona Zilda, já apresenta sinais de demência e na sua comunidade, as pessoas não estão ocupadas em manter viva essa memória, simplesmente assumiram a nova forma de parir em hospitais, mesmo que não gostem dessa nova ambiência. Dijé, que ainda é tão nova e tão cheia de memórias, também não está ensinando o ofício de parteira para nenhuma outra mulher mais jovem que continuasse cuidando da saúde materno-infantil a partir desses conhecimentos. Também em Itarema, as mulheres estão resignadas em aderir ao parto hospitalar.

Como disse nos percursos metodológicos, uma grande marca da pesquisa desta tese foram os meus deslocamentos. Estes três capítulos, aqui encerrados, demonstram como as minhas andanças foram me levando a caminhos totalmente inimagináveis no início da minha entrada em campo. Algumas ideias que eu tinha nas primeiras aproximações não se confirmaram, como a ideia de que encontraria um hospital sem nenhuma estrutura física adequada, ou que veria mulheres mais senhoras do próprio corpo nas comunidades tradicionais.

Novas ideias se apresentaram e pude observar e analisar o que traremos a seguir, que mulheres, em contextos distintos, têm estratégias para evitar uma experiência violenta no seu trabalho de parto. Além disso, que as aprendizagens para o parto não podem levar em conta só a transmissão de informação, mas há de se considerar também que as mulheres vivenciam atenção e resposta em ambientes complexos, aprendendo entre si.

*minha mente
meu corpo
e eu
moramos no mesmo lugar
mas às vezes parece
que somos três pessoas diferentes
- desconexão*

rupi kaur

6. AS ESTRATÉGIAS E APRENDIZAGENS DE MULHERES DE ITAPIPOCA EM BUSCA DE UM PARTO DIGNO E RESPEITOSO

Depois de tantos relatos distintos, compreendi que, em um contexto onde se tem medo do parto e a partir da história de vida de cada mulher, se desenvolvem estratégias para conseguir lidar com uma assistência que lhes parece violenta. Neste capítulo, analisaremos como as narrativas das três localidades onde estive em Itapipoca se tecem entre si. Dessa tecitura, vemos surgir três principais estratégias das mulheres contra a violência obstétrica, sobre as quais discutiremos a seguir, a “escolha” pela cirurgia cesariana, a rede de apoio e aprendizagem para o parto.

6.1 Sobre as narrativas

No centro de Itapipoca, por todo lado, mulheres contam umas às outras histórias sobre como parir é perigoso. As primeiras histórias que ouvi não destacavam a dor do trabalho de parto, ou outras dificuldades que geralmente as mulheres contam. As narrativas retratavam o medo da assistência recebida pelo sistema de saúde, representado no hospital da cidade. Além disso, havia a preocupação quanto ao desfecho do trabalho de parto, que poderia ser trágico, como na história do “bebê na caixa de sapato”. E foi quando me aproximei de um grupo de mulheres feministas, que as ouvi descreverem essas histórias como violência obstétrica. Nesse contexto, o principal sentimento é o medo, uma visão que se assemelha ao que percebemos por todo país, o parto vaginal, historicamente, vem sendo paulatinamente associado ao perigo e ao sofrimento (DINIZ, 2005; NUNES *et. al.*, 2020).

Meu trabalho como doula, em Fortaleza, deixa-me muito distante da realidade de como a maioria das mulheres vivem seus trabalhos de parto. Convivo com aquelas que podem pagar pelo trabalho de uma doula e, muitas vezes, pela equipe completa. Ouvir esses relatos

que deixam as mulheres com medo de morrer ou de perder seu bebê, foi como voltar ao início de minha formação como doula, quando comecei a conhecer a história da obstetrícia e fui entendendo como a mulher foi sendo afastada dos conhecimentos sobre sexualidade e o próprio corpo.

Se a pandemia de COVID-19 me levou para longe do campo, a volta trouxe uma satisfação pessoal, ir além do centro da cidade, ouvir histórias de parto nas comunidades tradicionais da região. Como doula, queria muito estar com essas parteiras e aprender com elas. Aprendi muito, especialmente com as histórias da Dijé, e compreendi que é preciso muito mais do que ter informação para se sentir segura e exercer autonomia. Isso ficou claro, com os relatos que descreviam um cenário onde as mulheres se sentiam seguras, porque confiavam nas pessoas que estavam lhe apoiando no dia do trabalho de parto. Essa segurança existia, mesmo que estas não tivessem referência anterior do parir, de não terem sido preparadas pelas mulheres de sua família, de não terem uma informação clara sobre o que acontecia. Ouvi nos relatos, aquilo que já sabia a partir dos livros, que o ambiente familiar tem uma repercussão muito positiva diante da satisfação da mulher com o dia do nascimento e como foi desafiador sair de suas casas para começar a parir sozinhas no hospital.

Diferentemente do que ouvia no centro, as histórias que conheci nas comunidades tradicionais da região não relataram sobre os *perigos* de parto e, muito menos, tinham o medo de sofrer violência como tema central de suas narrativas. Nessas comunidades não citaram o sentimento de insegurança ao parir. Ao contrário, uma das parteiras chama o dia de nascimento de dia de festa. “Mãe, hoje vai ter festa por aqui!”, assim contou que anunciava quando sentia que o trabalho de parto ia começar. E apesar dos medos e da descrição de como o processo era muito doloroso, houve uma reflexão sobre como o apoio recebido trouxe uma percepção menor da dor. Talvez por isso, o parto em si não lhes trouxesse sensação de risco aumentada, em contraste com a maioria dos relatos que ouvi sobre o hospital.

Observei que uma forte causa para que as mulheres das comunidades resistissem a irem para o ambiente hospitalar era serem obrigadas a ficarem sozinhas (já que na época não existia lei do acompanhante). Sabe-se que esse é um dos tipos de violência que uma mulher pode sofrer quando está em trabalho de parto. No contexto urbano, os relatos que ouvimos sobre os partos que aconteceram nos últimos anos no hospital da cidade, não trouxeram essa questão da solidão, já que este cumpre a Lei do Acompanhante. O contraste nos sentimentos que circundam o parto, foi o ponto inicial para analisar como as narrativas de mulheres, em diferentes contextos, em Itapipoca, descreviam o cenário de assistência ao parto, e perceber que

nessa região ainda é bem viva a lembrança da mudança histórica do ambiente doméstico, com parteiras tradicionais, para o ambiente hospitalar.

Quando refletia sobre autonomia feminina, a partir das descrições de parto feitas pelas mulheres das comunidades tradicionais, compreendi que “saber o que acontece”, ou seja, ter referência anterior, não é fundamental para que se sintam seguras, mas é o que permite que a mulher possa participar dos processos decisórios relacionados ao trabalho de parto. Se pensarmos que um dos aspectos importantes do empoderamento é a “informação como instrumento de libertação” (BERTH, 2019, p. 34), podemos citar os relatos de Dijé e também os da Wina, mesmo no centro da cidade, como muito importantes para compreender como essa informação pode vir de diferentes meios. Independentemente das maneiras como essas mulheres criam suas referências sobre parto, é esse conhecimento que gera as possibilidades de uma vivência mais consciente e autônoma. Assim, fazendo relações entre os relatos das mulheres das três localidades, analisei que a falta de referência ou de informação sobre como o corpo se comporta durante o parto, impacta negativamente a qualidade da tomada de decisões relacionadas a esse processo.

Se compreendermos que seres humanos estão constantemente aprendendo, à medida que, com suas referências anteriores, respondem aos estímulos de diversos ambientes, podemos compreender como os saberes dessas mulheres articulam estratégias para evitar uma assistência desrespeitosa e que pode levá-las a uma percepção, por vezes, traumática daquele que deveria ser um dia feliz, o nascimento do seu filho. O medo ou a insegurança não faz com que todas as mulheres fiquem reféns ou aceitem resignadas um cuidado no qual não confiam.

Cada mulher responde com sua história de vida e com as informações que tem à disposição no ambiente em que vivem. A “escolha” pela cirurgia cesariana está entre as principais respostas para tentar evitar a dor e a possibilidade de uma assistência violenta de parto. Também compreendi como a vivência do trabalho de parto, quando cercada de pessoas nas quais a mulher confia, é de fundamental importância para uma experiência positiva. De fato, aconselhar que as mulheres se cerquem de uma rede de apoio, está entre as estratégias, citadas pelo movimento do parto humanizado, para evitar violência obstétrica.

Difundir informação de qualidade também está entre estas estratégias. No contexto hospitalar, a mulher deveria saber quais seus direitos e quais as condutas médicas mais atualizadas, para ser capaz de se co-responsabilizar de forma autônoma. Porém, a partir das narrativas das mulheres de Itapipoca, e com o auxílio do aporte teórico, compreendi como a aprendizagem para o parto exige mais do que a transmissão de informação de qualidade. A aprendizagem precisa ser situada e contextualizada, como veremos adiante.

6.2 A escolha pela cirurgia cesariana.

Escolher pressupõe que a pessoa a quem é dada essa tarefa tem, pelo menos, grande parte das informações necessárias para manifestar sua preferência. Acontece que, como estamos discutindo ao longo desta tese, a cirurgia cesariana foi se estabelecendo como a principal via de nascimento no Brasil, não porque essa seria a melhor escolha. Na verdade, os estudos discorrem sobre como a cirurgia é necessária somente em alguns casos específicos. Lembrando que a OMS preconiza que somente 15% dos nascimentos precisará de intervenção cirúrgica, taxa bem menor do que a brasileira que chega a mais de 80%. Nunes *et. al.* (2020) explica essa ligação que observamos:

o parto vaginal (PV), fortemente associado à ideia de imprevisibilidade e sofrimento, vem sendo ressignificado pela biomedicina como um retrocesso fisiologicamente “perigoso”. A cesariana, ao contrário, é associada predominantemente à ideia de segurança e de controle sobre os riscos, simbolizada pelo avanço científico e tecnológico. (NUNES *et. al.*, 2020, p. 36)

Ou seja, a cesariana, muitas vezes, é vista como *a escolha* segura. Pode ser apresentada como uma possibilidade banal, até como uma forma de reduzir a ansiedade materna quando o grande dia se aproxima, já que se sabe exatamente a data e o horário do nascimento. Dá-se, assim, uma falsa ideia de controle para a família e ainda se tem a garantia da presença do médico pré-natalista, sem precisar pagar a mais do que já se paga aos planos de saúde, diferente do que acontece na via de parto vaginal. Tratam-na como uma cirurgia de menor porte, omite-se que a cesariana aumenta o risco de morte materna, de infecções, de hemorragia, de trombose dos membros inferiores, por exemplo. Além de aumentar o risco de problemas respiratórios no bebê, durante o pós-parto imediato, muitas vezes precisando ir para a UTI e este, ao longo da vida, tem mais chances de desenvolver diabetes, hipertensão e obesidade. (NUNES *et. al.* 2022; LEAL 2012 e 2014)

Já mencionei que, quando estava morando em Itapipoca, fui procurada por uma gestante para acompanhá-la como doula. Mas quando ela procurou o hospital São Camilo para saber se teria direito de ter a presença do esposo e da doula no dia do trabalho de parto, não recebeu uma resposta segura. Em muitos hospitais do SUS essa dupla presença não é assegurada. A responsável que a atendeu no hospital não compreendia o trabalho da doula e ficou repetindo que ali se respeitava a Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005).

Ora, essa é uma das lutas das doulas quando se trata do reconhecimento desta profissão: doula não é acompanhante, é profissional de assistência ao parto e deve ter sua entrada no hospital garantida. Desde 2019, no Ceará, depois de muita luta, foi sancionada a Lei

16.837/19 que assegura à parturiente, entre outros direitos, que “A presença da doula deve ser considerada independente da do acompanhante e não acarreta ônus adicional à instituição”.

Por fim, quando encontrei a gestante já puérpera, contou-me que o medo do que poderia acontecer consigo no hospital, sem a presença da doula, foi fator importante na sua escolha pela cesariana: “Não tive coragem de arriscar. E se a gente chegasse lá e eu não pudesse entrar com doula? Ia ser muito pior. Eu nunca vi um parto, ele muito menos. A gente ia ficar sozinho. Minha mãe mora lá [em Sobral], aí eu já conhecia. Foi mais fácil. Tinha ajuda”. Esse pode ser visto como um exemplo de como a falta de rede de apoio da parturiente faz diferença nas suas escolhas.

Historicamente, o acesso facilitado à cesariana vem com o aumento do uso dos planos de saúde e crescimento da malha hospitalar privada. Nos hospitais do SUS, não se pode fazer a cesariana por motivo torpe, pelo menos é o que se indica nos documentos oficiais do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Porém, desde a década de 1970 até os dias atuais, a quantidade desse tipo de cirurgia só cresce, fazendo-nos o segundo país em número de cesáreas (ENSP/Fiocruz, 2014). Como já explicitamos, tratar o parto como patológico foi uma das consequências de nascer no ambiente hospitalar, inclusive com livros médicos descrevendo a “tortura” pela qual a pelve feminina e a cabeça do feto sofreriam durante a passagem do bebê pelo canal vaginal. Por sua vez, a dor, de forma específica, mobilizou com muita força as discussões da obstetrícia, tanto que houve um momento em que o objetivo médico era extirpar a condenação bíblica: “parirás com dor” (DINIZ, 2005).

Então, quando passamos a encarar o ambiente urbano e, portanto, mais medicalizado, vemos crescer também inúmeras justificativas, mesmo que falsas (DESNEcesárea, como denominado pela médica Melânia Amorim), para se buscar a cirurgia cesariana como via de nascimento no Brasil, “tal representação foi lentamente substituindo o conhecimento tradicional feminino neste campo, a parturição, assim, tornou-se uma situação clínica, um acontecimento patológico, com intervenções tornadas ‘necessárias’” (NUNES *et al.*, 2020, p. 36). Mesmo nas comunidades tradicionais da região, se antes as parteiras davam conta dos nascimentos domiciliares, desde as formações oferecidas pelo Ministério da Saúde, estas dão indicação de que se procure o hospital quando se entrar em trabalho de parto. Na comunidade da Dijé, no ano em que a conheci, por exemplo, ela só assistiria a um nascimento. Já na comunidade quilombola de Nazaré, não há mais nenhuma parteira em atividade.

Nesse contexto, em Itapipoca, pude observar que há um pequeno movimento de famílias que procuram a capital cearense para uma assistência humanizada de parto normal. Mas, entre a maioria daqueles que pode pagar, busca-se pela cesariana num hospital particular

da cidade ou de cidades vizinhas. A justificativa, quase sempre, é o medo de sofrer violência obstétrica. Contudo, marcar uma cirurgia cesariana sem indicação de necessidade real não está entre as recomendações da OMS (TORNQUIST, 2015) ou do Ministério da Saúde (2002) e, longe de ser entendida como respeitosa, é vista também como violenta.

A falsa sensação de segurança que marcar a cirurgia traz, coloca a gestante diante de uma ilusão de escolha. Isso porque, como explicamos, a família não conhece todas as consequências relevantes que cada opção traz. Na verdade, pelas recomendações de boas práticas na assistência ao nascimento, a cirurgia não deveria nem ser mencionada como escolha, e só deveria ser feita com indicação real de saúde. Esse desconhecimento, aliado ao medo de sofrer violência, quando se opta pelo parto vaginal, faz com que muitas famílias desejem a cesariana. Além disso, fugir da dor também pode ser uma grande justificativa, inclusive reforçada como supostamente válida entre os médicos que o movimento da humanização chama de cesaristas. Esse medo da dor está retratado, por exemplo, nas falas da jovem blogueira Isabelle, que nos conta como:

Na verdade, é, eu acho que desde o começo, quando eu descobri que estava grávida, eu já tinha medo, já tinha medo da dor, eu tinha medo, meu Deus, eu não acho que eu consigo ter normal. Vamos se virar de algum jeito para ter a cesárea, porque eu era muito nova, eu tinha perdido o meu pai fazia pouco tempo e aí estava tudo muito recente, aí eu acho que eu não estava preparada, sabe, para isso. Não, nem fisicamente, nem psicologicamente. (Entrevista com Isabelle)

Quando Isabelle relata sobre a escolha da via de parto, à primeira vista pode-nos parecer uma escolha livre. O que não podemos esquecer é que a cultura predominante de cesarianas, amedrontam as mulheres e não explicam, de fato, quais riscos e benefícios de cada decisão tomada, o que as deixa mais vulneráveis do que empoderadas, mesmo que não reconheçam esse fato. Afinal, o empoderamento pressupõe informação de qualidade para auxiliar o direito à tomada de decisão sobre o que lhes diz respeito. (BERTH, 2019)

Em Itapipoca, a maioria das mulheres é atendida pelo SUS, então a maior parte dos nascimentos é por via vaginal. Mas não podemos esquecer o que foi discutido no início desta tese, que via de nascimento não é sinônimo de empoderamento ou humanização. Humanizar a assistência do parto é sobre respeito à individualidade, é dividir informação para que a pessoa gestante possa compartilhar a responsabilidade sobre seu próprio corpo.

Outra mulher que entrevistei, estava grávida pela quarta vez e já tinha tido três partos normais assistidos no Hospital São Camilo. Interessante notar que na história de Wina, a cesariana não aparece como uma possibilidade de escolha. Isso, na verdade, muito

provavelmente, ocorre devido às condições econômicas e de classe. É entre a classe média que estão os maiores números e as justificativas mais esdrúxulas para a cirurgia.

Eu sempre disse que com 20 anos queria ter um filho. Aí eu peguei, engravidei. Eu sabia como era parir, porque eu sempre cuidei de menino. Aí eu botei na minha cabeça: eu vou ter um filho também. Eu já sei como é a dorzinha. Eu assisti o parto da mulher do meu primo, assisti da minha prima. Tudo parto normal. Porque eu tinha uma curiosidade, né? de ver. (Entrevista com Wina)

A diferença nos desfechos de seus partos não pode ser explicada somente pelas condições financeiras de cada uma. Se tomamos o pré-natal, por exemplo, temos uma enorme semelhança, às duas foi negado o acesso à informação de qualidade. Continuando a história de Isabelle, podemos perceber como durante o acompanhamento de pré-natal não houve um momento para explicar sobre o dia do nascimento. O que reforça como as mulheres não poderiam de fato fazer uma escolha livre:

Fiz o primeiro e o segundo pré-natal no posto, terceiro eu fiz particular. Basicamente os pré-natais é primeiro os exames. Eles fazem todos os exames para saber se tem alguma coisa. Acompanha o crescimento do bebê pelas ultrassons, mas assim sobre parto em si, que eu me lembro, eles nunca tenham falado. Nem assim: opte pelo normal, né? É tipo nunca deram informações assim, né? A respeito disso. (Entrevista com Isabelle)

Wina, na época em que conversamos, estava vivendo sua primeira experiência de pré-natal. Nas outras gestações não foi acompanhada pelo posto de saúde, ia direto para o hospital, quando chegava a hora de parir. E o pré-natal também não foi um lugar de tantas explicações.

Lá no postinho, eles diz que eu estou com 4 meses, né? Eles botaram 4 meses. No pré-natal eles perguntam qual foi a regra da menstruação. Que é que eu estou sentindo. Perguntando se não tem alguma coisa, eu. Aí passa os exame que é pra gente fazer. Tá aí, eu fiz os exames que é pra mostrar dia 19. Aí ele só diz que é tudo normal e pronto. Mas não explica nada. Não ensina nada. (Entrevista com Wina)

Mas também não podemos dizer que ter informação é o suficiente para garantir autonomia diante dessa suposta escolha. Um exemplo disso é o tema do cordão umbilical enrolado no pescoço ser indicativo de necessidade da cirurgia cesariana. Essa é uma informação que circula largamente entre as gestantes, mas é uma informação falsa.

Ainda seguindo esses relatos, vemos que a falta de informação não acontece somente no SUS. A própria Isabelle, descreve que o terceiro pré-natal “fez todo particular”, e mesmo assim, não lembra de ter discutido sobre as possibilidades de via de parto. E sim, é possível ter parto normal após cesariana. Então, quando falamos do acompanhamento

particular, na maioria dos consultórios médicos, o tema “dia do nascimento” é sempre deixado para depois e, na verdade, quase nunca acontece.

Além disso, as falsas informações sobre gestação e parto se espalham livremente, porque, segundo o movimento pela humanização do parto, vivemos em uma cultura cesarista. A história das mulheres que cercam uma gestante, amigas, mãe, irmãs, faz muita diferença na tomada de decisão sobre a via de parto (SALES, 2017). Se a única experiência conhecida por todas é a cirúrgica, nada mais esperado que a gestante se veja caminhando para esse mesmo fim. O contrário, ou seja, a maioria das histórias que a gestante conhece ser de parto normal, também traz grande influência.

Isabelle, por exemplo, tinha ao seu redor a história de uma irmã, que nunca tinha engravidado e a experiência da sua mãe, que, como ela, teve três cirurgias cesarianas. A primeira cirurgia da mãe aconteceu porque “ela esperou para ter normal, só que ela não sentiu dores. Ela estava com 9 meses, 16 dias já, e não sentia dor. E aí ela teve cesárea [...] Aí depois da primeira ela já não teve normal”. Não conhecemos a história em detalhes, mas não seria difícil supor que fora mais uma mulher sem informação, a quem não permitiram entrar em trabalho de parto, lembrando que a maioria das mulheres “sente as dores” entre 38 e 41 semanas de gestação, o que daria, em média, dez meses e não os nove comumente esperados. Muitas vezes, a única coisa que precisam é de tempo, já que os médicos tendem a agendar as cesarianas antes de 40 semanas. Ou seja, Isabelle faz parte de uma família que não tinha experiência nem mesmo sobre como é a contração de parto que indica que chegou o dia do nascer.

Já Wina, vem de uma família em que a avó pariu muitas vezes em casa acompanhada pelas cachimbeiras (outro nome para parteira): “No sertão, né? Nunca foi assim no hospital. Era a minha mãe [bisavó de Wina] que chamava as cachimbeiras. A minha sogra fez quatro partos meus”. A geração seguinte, representada pela mãe dela, também pariu todos os filhos, mas já em ambiente hospitalar: “Fiz pré-natal, tudo nos postos daqui”.

A partir dessa discussão, podemos perceber que Isabelle estava vulnerável para exercer seu direito de escolha. Isso também pode ser notado na sua falta de entendimento sobre o que acontecia consigo durante a gestação. Houve muitos incômodos que, na sua visão, não foram ouvidos quando ela procurou o hospital para se queixar. Isso provocou imensa insegurança e foi decisivo.

Ainda estava no tempo, não estava nem com 39 semanas, mas, e daí? O mínimo que poderiam fazer, era olhar, observar, né? O que tinha errado mesmo? Não, né? Não fazem nada. às vezes, nem olham pra cara da gente. Porque o negócio deles é operar com 39 semanas. Não querem saber de a gente está bem, operam e pronto. Ninguém fez nada [nas diversas vezes que foi ao hospital se sentido mal], nunca fiz uma

ultrassom, nada, nada. É um descaso muito grande. É tanto que eu tenho trauma daquele hospital. (Entrevista com Isabelle)

Em outro trecho da entrevista podemos observar ainda que no segundo parto, ela resolveu não esperar, mais uma vez, a assistência pública do hospital São Camilo. Como não se sentia ouvida, procurou novamente o médico que a operou no nascimento do primeiro filho para garantir sua cirurgia.

Quando eu completei as 38, eu disse: eu não aguento mais, porque eu sentia muita falta de ar e eu sentia que ele não estava mais mexendo. Eu sentia que tinha algo errado. E aí eu liguei para o médico que era de lá, um doutor de lá, que ia me operar, e disse então vamos antecipar para o dia 7, porque estava marcado para o dia 10 de janeiro. Vamos antecipar para o dia 7. Eu disse, eu não aguento mais nem um dia. Fui, me virei, desvirei, fui para o particular com esse mesmo médico que me operou no São Camilo. [...] Só que ele [o filho] teve que ficar 24 horas no capacete de oxigênio. Aí o médico, depois de muito tempo, veio me dizer que ele teve um problema, não sei se você vai saber o nome, porque eu não lembro, é quando a criança ingere fezes. Por isso que ele tinha nascido desse jeito e até então a gente não tinha entendido, porque ele tinha nascido desse jeito. E o próprio pediatra disse, eu não sei como foi que ele voltou, porque o hospital vida, ele não tem recursos para receber bebês assim, não tem nada, têm oxigênio e só. (Entrevista com Isabelle)

Vemos ainda no seu relato que, depois que o bebê nasceu, houve uma complicação de saúde e precisou de auxílio de oxigênio por 24 horas. Não saberemos dizer o porquê de tais complicações, mas temos aqui duas possibilidades plausíveis. Primeiro, é possível que ela, de fato, estivesse com necessidade, pela saúde do bebê, de uma cirurgia de emergência, como fizeram crer o obstetra e pediatra que a acompanharam, e nesse caso, a assistência recebida no SUS teria sido negligente, já que não a encaminhou para a cirurgia em tempo adequado. A segunda possibilidade é que ela tenha adiantado o parto mais do que poderia, e seu bebê teve complicações, justamente, em decorrência da cirurgia mal indicada. Nos dois casos, uma mulher que teve seu direito de escolha minimizado.

No caso de Wina, sua história de vida propiciou que ela tivesse maior consciência do que lhe passava durante a gestação e trabalho de parto. Ela já era acostumada a cuidar de crianças e já havia acompanhado dois partos. Disse que queria muito ter um filho e por isso pediu para ser acompanhante de duas amigas, já que, no dia do parto, os maridos estavam nos seus respectivos trabalhos. “Eu sabia como era parir, porque eu sempre cuidei de menino. Aí eu botei na minha cabeça: eu vou ter um filho também. Eu já sei como é a dorzinha. Eu assisti o parto da mulher do meu primo, assisti da minha prima. Tudo parto normal. Porque eu tinha uma curiosidade, né? de ver”. (Wina) Podemos assim compreender que muitos fatores podem levar a um desfecho de parto. A história de vida e as aprendizagens de cada mulher, em um determinado ambiente, impacta significativamente naquilo que se pensa ser uma escolha livre.

6.3 A presença da rede de apoio

Podemos dizer que a rede de apoio de uma mulher gestante tem impacto significativo na sua vivência de parto. A partir do que vimos, por exemplo, parir em uma comunidade tradicional significa, entre outras coisas, que se formará essa rede de apoio familiar. As mulheres ao seu redor ajudam tanto no parto, quanto no pós-parto, cuidando da casa e da criança. A própria relação com as parteiras, como indica Noélia Sousa falando das parteiras do Sertão Central no Ceará, é de confiança e de proximidade, já que todas são da mesma comunidade.

Vale salientar que este apoio emocional amparava-se nas relações sociais entre parteiras e parturientes. Muitas vezes a parteira era uma vizinha, uma irmã, uma prima, uma amiga, ou seja, alguém que fazia parte do cotidiano da parturiente. Para mulheres em trabalho de parto, quando tinham medo, sentiam dores, fragilizadas, fazia uma enorme diferença que tivessem à sua cabeceira mulheres que as conheciam e que às vezes tinham com elas relações de parentesco. (SOUSA, 2007 p. 114)

Assim, essa rede de apoio emocional que se forma ao redor da parturiente, pode ser fundamental para a sensação de conforto e segurança. Os relatos nas comunidades de Nazaré e Tremembé, trouxeram várias figuras nesse cenário, maridos ou companheiros, as mães das parturientes, vizinhas e às vezes mais de uma parteira. Se descreveu a importância dessas presenças até para o alívio da dor.

Aí chamei a mamãe, não quero nada de assento, não ponha nada perto de mim, não, aí eu apoiava os dois cotovelos [na verdade os calcanhares] na bunda, bem na regada e a passagem tá toda livre, e quem tá na minha frente, tá ótimo. Aí toda dor que eu tinha, ia lá acocorar naquele lugar, passava a dor ia arrodar [andar ao redor], ia lá onde tava a mamãe, dava uma volta dentro de casa. E ela: “mulher, mande chamar logo a tia Júlia” e eu, não, que ainda não tá na hora, aí quando deu 5h da manhã, ele [o pai da criança] tava em casa, que era pescador, foi chamar. Aí quando ela chegou, só deu tempo dela lavar as mãos, passar um álcool nas mãos e o menino nasceu. (Entrevista com Dijé)

As lembranças de Dijé dão pouca atenção à presença do marido (diferentemente do que perceberemos no discurso de D. Zilda). Mas trazem sua mãe como alguém importante no parto de todos os seus filhos. Interessante, que mesmo versada nas artes da parteria, a avó não queria “aparar”/amparar os netos, chamava outra parteira da região para acompanhar a filha e dava a esta um tipo diverso de apoio.

Esta solidariedade encontrada entre estas mulheres decorria, provavelmente, das identidades não só de gênero, mas também da classe a que todas pertenciam. Elas eram vizinhas, parentas, amigas, partilhavam todas as dificuldades da luta pela sobrevivência em uma região pobre e castigada por secas periódicas, pela falta de

oportunidades de emprego, educação e saúde. Além das dificuldades econômicas, partilhavam dos problemas de relacionamento com maridos indiferentes ou ausentes, da grande quantidade de filhos, da ausência de maior assistência médica e do esgotante trabalho cotidiano, que era necessário para manter a casa funcionando e o marido e os filhos satisfeitos em suas necessidades básicas. (Entrevista com Dijé)

No contexto da assistência humanizada, ter uma doula que preste um apoio contínuo é uma estratégia usada por mulheres para ter uma boa experiência de parto em ambiente hospitalar, talvez a mudança de ambiente (de casa ao hospital) seja a maior justificativa para o trabalho da doulagem hoje. Quando pensamos nas pessoas que estarão acompanhando a parturiente, a doula é essa profissional que fica presente em todas as fases do trabalho de parto. Geralmente, as médicas, enfermeiras e outros profissionais têm uma presença intermitente (fazem exame de toque, avaliação da progressão do parto, auscultam a criança, entre outros) até que o nascimento esteja acontecendo de fato. Já a doula entende que a presença contínua é uma importante prática para o alívio da dor e para melhorar a satisfação da mulher durante o nascimento do seu filho (FERREIRA JUNIOR, 2023; TORNQUIST, 2004).

Podemos dizer que o apoio emocional e físico de forma continuada é uma estratégia da humanização contra algumas práticas vistas como violentas durante a assistência ao parto. De fato, as pesquisas de meta análise demonstram que o suporte contínuo da doula foi significativamente associado a trabalhos de parto mais curtos e diminuição da necessidade de uso de qualquer analgesia, oxitocina e fórceps (SCOTT *et. al.*, 1999). As lembranças que estamos descrevendo, trazem justamente essa percepção do conforto e do amparo recebido quando se tem apoio. D. Zilda traz, além da mãe e das parteiras, fortemente, a presença do marido. Inclusive destacando que, no primeiro parto, foi ele quem soube identificar os sinais de que precisava buscar ajuda.

Aí ele [o marido] nem entrou em casa e se mandou pra Guaíba, ele entendia, eu que não entendia, foi dizer à [minha] mãe, quando eu dei fé a mãe chegou e eu já tava no fundo na rede. [...] O marido nas costas segurando e a parteira no chão e a mãe chorava com pena de mim. Aí quando dá fé nasceu. (Entrevista com D.Zilda)

A rede de apoio formada por pessoas da intimidade da mulher, além da presença reconfortante, auxilia com ações que modificam a relação com a dor durante o parir. No caso de Dijé, além da rede de apoio em si, ela reflete que a percepção das dores era modificada, principalmente, com seu movimento, pois ela tinha liberdade de caminhar pela sala, ficar de cócoras, experimentar qual a melhor posição para si.

Eu passei os três dias sentido dor, dor, dor em todo o meu corpo, doía tudo sim, doía o estômago, a barriga aqui embaixo [no ventre], doía nas minhas costas, né? Aí mudava de posição. Eu não queria estar sentada, eu queria estar de coca [cócoras] e eu não conseguia mais, porque até minhas perna doía, porque eu ficava muito tempo de coca [cócoras], aí me levantava e sentava. Eu não conseguia dormir as noites. Eu

ficava acordada direto a noite todinha e elas [a mãe e a parteira] mais eu [comigo]. Quando não era duas, ficava três ali comigo. (Entrevista com Dijé)

Quando falamos de movimento, essas atitudes são incentivadas pelos profissionais que promovem o parto humanizado, e a presença da doula, inclusive pela sua natureza continuada, é importante para favorecer que isso aconteça. Janet Balaskas (1991) escreveu um livro clássico que se chama “O parto ativo”, no qual defende que cada pessoa pode sentir quais posições são as mais favoráveis para o próprio corpo enquanto dá à luz. Diz que se deve priorizar as posições verticalizadas, já que estas ajudam a descida do bebê pela pelve, assunto que faz parte da educação perinatal promovida por doulas, por exemplo. Isso difere do que aconselha a obstetria tradicional. Aliás, como já destacamos, deixar a mulher deitada durante o parto é incentivado por médicos que aprenderam nos livros de fisiologia (NAKANO *et. al.*, 2016) que a pelve é estática e não interfere nesse processo. No entanto, a medicina baseada em evidências já entende que os ligamentos, músculos e articulações da pelve e períneo são fundamentais para a dança entre mãe e bebê durante a passagem da criança pelos quadris e pela vagina.

É também uma desconstrução das imagens comumente vistas em filmes e novelas. Geralmente, vemos a parturiente deitada de barriga para cima, em posição ginecológica. Então as doulas, além do suporte emocional, ensinam ou mostram, durante a gestação, sobre quais posições são fisiológicas para o nascimento (FERREIRA JUNIOR, 2015). No livro de Balaskas, se fala, ainda, sobre confiar na sabedoria da natureza, no processo natural de receber o bebê, ou na intuição sobre como se posicionar, por exemplo. E, para isso, seria preciso que a mulher estivesse à vontade, confiante e livre para ocupar o espaço de várias formas diferentes. Esse é mais um caminho pelo qual a humanização resgata conhecimentos tradicionais da parteria. No relato de Dijé, por sua vez, vemos como o próprio ato de se movimentar é lembrado por ela. Até agora, os relatos falam das mudanças de posição como uma ajuda importante, estar na rede, em pé, de cócoras, sentada na “beira” do pilão ou do osso de baleia.

Voltando sobre como a presença de pessoas próximas pode mudar a percepção de dor durante o parto, podemos continuar observando o que nos contou D. Zilda. Ela, como dissemos, fora assistida nos quatro partos pelas parteiras Zilda e Raimundita e destacou como a experiência parecia-lhe menos dolorosa, não exatamente pelas ações delas, como dar chás ou fazer massagem com óleos, mas sim por não se sentir sozinha.

Passei três dias com dor de novo [no segundo parto]. Era morre não morre com a dor braba, não comia nada. Ela dava chá de coentro, óleo de gergelim e fazia massagem. Não melhorava não [a dor], a gente achava que melhorava porque não ficava só, né? Quando ficava só era a dor mais braba do mundo. (Entrevista com D. Zilda)

Interessante notar que Dijé dá destaque ao fato de que, mesmo depois da orientação do Ministério da Saúde para que as mulheres fossem encaminhadas para parir em ambiente hospitalar, muitas não queriam ir para não ficarem sozinhas. E essa também pode ser entendida como uma estratégia para não sofrer violência na maternidade, já que na época, além de tudo, a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher ainda não era lei (BRASIL, 2005).

Tá com uns trinta e cinco anos, mais ou menos, que o pessoal do Ministério da Saúde, andou por aqui, mandando a gente ir para o hospital. A minha [filha] mais velha, tá com uns quarenta anos, a gente não tinha ainda muito contato com o Ministério da Saúde, ninguém ainda vinha dizer o que a gente tinha que fazer. Aí, depois começaram a mandar a gente ir pro hospital, mas não era toda mulher que aceitava. O costume [de parir em casa] era tão grande, que não tinha esse negócio de ir pro hospital. Fazer o que no hospital? Ficar sozinha? Não tinha muita lógica. Aí as mulheres pariam mesmo em casa. (Entrevista com Dijé)

Assim, como dissemos, a dor está sempre presente nos relatos. Mas, nas comunidades tradicionais, ela não é apresentada como algo do qual se deva fugir, ou evitar a qualquer custo. Em contraste às narrativas presentes nos centros urbanos, aqui não se elabora um discurso em torno da dor em si, simplesmente ela está presente no dia do trabalho de parto e faz parte daquele processo que está sendo descrito. As formas de lidar com as dores e desconforto vão sendo expressas nas narrativas sobre a ajuda recebida para o alívio. Várias práticas, inclusive, que percebemos serem comuns nas duas comunidades. Retomemos a fala de Dona Zilda:

Só tinha era dor, aí eu pegava aqui [apontando para o ventre] e tacava por cima da pedra grande e acalmava a dor. Dava dor por aqui e por aqui [apontando para o ventre e para a lombar] que dor de menino dá na frente e dá atrás. [...] Menino de Deus essa dor era tão grande no pé da barriga. Aí já foram atrás da Zilda, a Zilda fez de tudo por mim. E dava massagem por aqui [apontando pro quadril] e calcava [empurrava] a barriga. Aí pegava a gente, botava aqui numa cadeira véia, nera cadeira não, era o pilão que botava aqui, pra pessoa ficar só na beiradinha, só uma coisinha aqui, e os outro agarrava a gente aqui [embaixo dos braços]. Era gritando com a dor. O marido nas costas segurando e a parteira no chão. (Entrevista com D. Zilda)

Quando a perguntei sobre a dor no parto, a parteira Zilda também contou para mim, orgulhosa, que as mulheres na mão dela não gritavam e que ela tinha suas táticas próprias para aliviar a dor: “era só passar o óleo de pajeú morno por aqui [apontando para o rosto] e nas cadeiras [quadril da parturiente]”. A luta pelo parto humanizado, como já observado, tenta resgatar esses saberes tradicionais e se opor a uma visão excessivamente medicalizada e que presta uma assistência que não considera que cada mulher tem sua própria história e responde ao processo de forma individualizada.

Já citamos algumas práticas que hoje se consideram violência obstétrica, é digno de nota que não ouvimos sobre tais violências nos relatos dos nascimentos acontecidos em ambiente doméstico e assistidos por parteiras. Nos hospitais, ao contrário, é comum testemunhar práticas como: ser obrigada a ficar sozinha, não receber alívio para dor, não poder caminhar ou se alimentar, ser obrigada a ficar deitada de barriga para cima, ter o períneo cortado, entre outras.

O trabalho da doula e o partejar das enfermeiras obstétricas e obstetritzês está recheado de exemplos dessa valorização dos saberes da parteria tradicional na busca por uma assistência mais digna, respeitosa e não violenta. Quando Dona Zilda fala sobre pressionar a barriga contra uma pedra quente, por exemplo, esse é um procedimento com princípio semelhante à compressa de água quente, um dos métodos usado para aliviar as dores no quadril ou cólicas de parto. O mesmo vale para a massagem, a indicação de chás e o uso de óleo vegetal. Sousa (2007) traz uma consideração interessante de como esse tipo de partejar se perdeu com a medicalização da assistência:

Essa preocupação e esse cuidado que as parteiras tinham com suas clientes é uma das grandes perdas das mulheres na “medicalização” do parto. A institucionalização do parto nos hospitais trouxe, sem dúvida alguma, avanços no que diz respeito à mortalidade materna e infantil. [...] depois de se apropriar do controle do ato de partejar, a Obstetrícia elaborou procedimentos que privilegiaram exclusivamente a tecnologia da mecânica do parto e deixaram de lado o fato de que estavam lidando com pessoas que tinham **outras demandas, que precisavam ser contempladas, como carinho, atenção, amparo nos momentos de dor e também a necessidade de serem ouvidas e de terem seus desejos respeitados e atendidos.** É esse descaso que qualificamos de brutalização do partejar. Essa objetivação dos corpos das mulheres, como se esses corpos, embora vivos, não tivessem desejos, medos e necessidades. É justamente a preocupação com essas demandas não atendidas e desconsideradas das parturientes, que provocou o surgimento do movimento de humanização do parto atualmente espalhado pelo País. - Grifo nosso - (SOUSA, 2007, p. 252)

Então, quando enfermeiras obstétricas/obstetritzês e, principalmente, as doulas, no exercício da assistência humanizada, estão ocupadas com o ambiente, o conforto, os desejos e as diversas demandas específicas de cada mulher, podemos dizer que são formas de se resgatar o olhar da parteira que pensa em um cuidado integral que considera o conforto da parturiente como algo importante de ser observado. Já quando olhamos para o ambiente hospitalar, podemos dizer, que perdeu-se muito esse amparo familiar, isso se faz perceber nos relatos das mulheres do centro de Itapipoca. A rede de apoio, ou até a presença do acompanhante é pouco mencionada, afinal, se não temos uma assistência humanizada, dificilmente vemos o incentivo dessa rede se formar durante o trabalho de parto em si.

É sempre bom lembrar que, no início, eram impedidas de ter uma pessoa que as acompanhava, eram obrigadas a ficarem sozinhas. Com o tempo, foi-se permitindo a companhia

de pessoas do sexo feminino, com a justificativa de que os hospitais não tinham estrutura que conferisse privacidade a cada mulher em trabalho de parto. Só em 2005, com a Lei do Acompanhante, se pretendeu garantir o direito de escolher uma pessoa de preferência da parturiente, independente do gênero.

6.4 Aprendizagem no contexto do parto - mais do que uma estratégia

Recentemente, tivemos a notícia do nascimento do terceiro filho da influenciadora digital Shantal Verdelho. Uma história agora feliz, bem diferente do que aconteceu no segundo parto, quando ela denunciou, como já mencionamos, o médico Renato Kalil por violência obstétrica. A influenciadora relata essa nova experiência como “parto cura”, uma oportunidade de ressignificar sua experiência: “Deus me deu a missão e na sequência a recompensa. Tive um parto cura, melhor do que poderia sonhar”, declarou ao GSHOW (2024).

Há um enorme contraste quando comparamos as duas reportagens, feitas no segundo e no terceiro parto. Se na primeira vez, ela conta sobre sentimentos de insegurança, falta de autonomia diante das decisões que seriam tomadas sobre o seu corpo, xingamentos do médico e pressa no atendimento, dessa vez ela destaca leveza e o desejo de que todas as mulheres tenham uma boa experiência: “Olhem a alegria que estávamos em todas as etapas do parto, queria muito que todas as mulheres pudessem ter essa oportunidade em dar à luz assim, num ambiente leve, alegre, de acolhimento e respeito, sem procedimentos desnecessários e violentos”. (GSHOW, 2024)

E o mais interessante para nós, é ver que ela traz a informação como fator decisivo para uma melhor satisfação com o seu terceiro parto. Durante a segunda gestação, ela pagou um médico caro para acompanhá-la durante o pré-natal e o parto, mas, como já temos discutido, isso não é garantia de uma assistência humanizada. Com a minha caminhada enquanto doula, posso dizer que algumas mulheres fazem esse movimento de contratar equipes esperando que o pagamento seja garantia da melhor assistência, infelizmente isso não pode ser assegurado. É preciso que a parturiente e o acompanhante, ou seja, a família, estejam munidos de informação de qualidade para saberem, inclusive, reagir diante da violência. Impressiona assistir o vídeo do segundo parto da influenciadora e ver que o médico profere xingamentos e ela e o esposo não reagem, só aceitam. Então, após passar pelas duas experiências, ela diz:

Se eu puder dar uma dica para todas as mulheres seria: **informem-se, pesquisem sobre o parto: é o começo de tudo para conseguirem se proteger.** Além disso, espero, do fundo do coração, que criem-se leis e condutas que nos protejam neste país, pois não é só a mulher que passa pelo parto, todo mundo nasceu de um e amanhã podem ser seus filhos, seus netos ou alguém que você ame muito. (Grifo nosso)

Como disse Shantal, informar-se é o começo de tudo, e isso, porque, como já vimos, vivemos em um contexto onde parir é visto como perigoso e se submeter a uma cirurgia é visto como normal e seguro. Então, munir-se de informação de qualidade, se você vive em um contexto urbano e com as questões descritas acima, pode ser visto como o primeiro passo para vivenciar, ou aprender a parir.

Se pensarmos na história da humanidade e como nós parimos, podemos tomar Marcel Mauss (2003) para compreender que, na sua visão, o corpo é o primeiro objeto e instrumento técnico dos seres humanos, a primeira tecnologia que estes aprendem a usar, o que o autor denomina técnicas corporais. Assim, observamos que dominar o corpo é um ato educativo, e que essas técnicas são aprendidas pelos mais jovens a partir de uma observação e ensinamento dos mais velhos. Parir pode ser entendido, dessa forma, como uma técnica corporal, que, durante a história, foi-se ensinando entre as gerações.

Esse ato intergeracional de aprender e ensinar, pode ser discutido a partir das teorias de autores como Tim Ingold (2010) e Jean Lave (1982 e 2015). Os dois concordam, por exemplo, que a aprendizagem é muito mais do que mera enculturação, ou seja, mais do que informações depositadas em um recipiente, o que pressuporia uma passividade de quem aprende com relação ao ensino. Numa perspectiva mais filosófica e social podemos relacionar suas ideias com a de bell hooks, que inspirada em Paulo Freire, entende a importância da educação para a libertação.

No caso de Lave (1982), podemos pensar a aprendizagem como um processo de duas fases, “entrada” e “prática”, no qual o aprendiz vai aprimorando suas habilidades. Segundo essa autora, “*Way-in* - ‘entrada’ é um apelido para o que for necessário para passar de um estado de grande ignorância sobre como fazer algo para um estado em que se possa fazer uma primeira aproximação” (Tradução livre - LAVE, 1982, p. 186). Pensando nesses termos, as mulheres, que buscam uma assistência humanizada, fariam a *entrada* nesse processo de aprendizagem para o parto, geralmente, quando se encontram em contato com fotografias, vídeos de parto, relatos de parto, leem livros e vão se cercando de uma rede de informações que tenta questionar o que já dissemos ser uma *cultura cesarista*.

Porém, se o mero acúmulo de informações não é suficiente para que a mulher desenvolva as habilidades de parir, como se daria esse processo? Na visão de Lave, toda atividade humana, inclusive a aprendizagem, está localizada nas relações pessoa+contextos+prática. Entender como a aprendizagem acontece, nesse caso, é sair de um único contexto educacional para compreender como o aprender-na-prática se constitui:

Isso nos levou às noções de que a aprendizagem é situada em complexas comunidades de práticas (culturais e mutantes, como parte do processo histórico que constitui a vida social). As coisas são constituídas por, e constituídas como, as suas relações; e assim, produção cultural é aprendizagem que é produção cultural. (Grifo original do texto - LAVE, 2015, p.40)

Ou seja, Lave destaca a importância de observar que o aprender está situado em um contexto cultural e social complexo, o que inclui a aprendizagem para o parto. Vimos, por exemplo, como a história familiar de cada mulher é importante para o aprendizado que a ajudará a tomar a decisão pela sua via de parto. Se sua família tem um histórico de partos normais ou de sucessivas cirurgias cesarianas, pode fazer muita diferença no seu processo. Lave (2015) compreende a aprendizagem como uma relação na prática, “aprendizagem situada”. Assim, esses contextos da vida cotidiana são fundamentais nesse processo, e superam a distinção entre formal e informal, postulada nas teorias educacionais clássicas, entendendo que não há uma hierarquia na qual a educação escolar de alto nível seja a mais importante. Ideia que contribui com nossa análise das dinâmicas entre os saberes sobre parto de comunidades tradicionais e médico-hospitalares.

Também para Tim Ingold (2010) é fundamental o *locus* no qual a vida se desenrola para o processo de aprender. Em um artigo em que discute a educação da atenção, critica uma antropologia que tem se aproximado das teorias da ciência cognitiva clássica para explicar a aprendizagem. O ponto crucial da crítica é que estas vertentes enfatizam que o conhecimento tem base em representações mentais que são acumuladas e transmitidas de uma geração a outra, quando, na verdade, conhecer implica também em desenvolver habilidade enquanto se pratica. Nas palavras de Ingold:

Estes pressupostos [da teoria cognitiva clássica] são, especificamente, que o conhecimento é informação, e que seres humanos são mecanismos para processá-lo. Devo argumentar que, pelo contrário, nosso conhecimento consiste, em primeiro lugar, em habilidades, e que todo ser humano é um centro de percepções e agência em um campo de prática. (INGOLD, 2010, p. 7)

Então o foco do seu estudo tenta superar a dicotomia entre capacidades inatas e competências adquiridas. Na sua visão, o cérebro humano não pode ser visto como um processador que vem programado para dar uma resposta diante de uma necessidade apresentada pelo ambiente. Ao invés disso, Ingold enfatiza o conceito de habilidade, que são propriedades emergentes de sistemas dinâmicos “em que cada geração alcança e ultrapassa a sabedoria de seus predecessores” (INGOLD, 2010, p. 6). Por isso, a informação sobre o que é parir não é suficiente, mas precisa ocorrer no desenvolvimento das habilidades, enquanto há observação de como outras pessoas são e agem no mundo. Para o autor, as sucessivas gerações humanas

transmitem seu conhecimento, menos por um acúmulo de representações e mais por aquilo que ele chama de educação da atenção.

Poderíamos tomar como exemplo o trabalho das doulas com educação perinatal, no qual ajudam as mulheres a terem mais oportunidade para entrar em contato com os temas ligados ao parto, sua história de vida, o que pensa sua rede de apoio e os outros meios de informação que fazem parte de cada universo particular. Assim, como diz Ingold, a doula *mostra* à gestante as possibilidades do que pode acontecer no dia do parto:

Mostrar alguma coisa a alguém é fazer esta coisa se tornar presente para esta pessoa, de modo que ela possa apreendê-la diretamente, seja olhando, ouvindo ou sentindo. [...] a contribuição de cada [geração] para a cognoscibilidade da seguinte não se dá pela entrega de um corpo de informação desincorporada e contexto-independente, mas pela criação, através de suas atividades, de contextos ambientais dentro dos quais as sucessoras desenvolvem suas próprias habilidades incorporadas de percepção e ação. (INGOLD, 2010, p.12)

Pensando no desenvolvimento de habilidades para o parto, doulas incentivam o acesso a uma série de contextos ambientais com os quais muitas mulheres não parecem habituadas, tomando por base que somos o segundo país do mundo em números de cesárea. Parece-nos que o contexto no qual estamos desenvolvendo nossas habilidades, ou o que Mauss chama de técnicas corporais, leva-nos a um processo de aprendizagem sobre como deveríamos superar a antiga forma de nascer e considerar a cirurgia cesariana como a principal opção, por ser supostamente segura e indolor.

A complexidade da aprendizagem é tal que nos faz compreender que não só uma atividade planejada como o trabalho de educação perinatal da doula, ou as informações que se passa em uma consulta de pré-natal, por exemplo, contribuem para esse processo. Desse modo, as mulheres vão desenvolvendo habilidades à medida em que observam, copiam e praticam cada uma em seus próprios campos de prática. No caso da Wina, por exemplo, ela sempre quis ser mãe, cuidou dos irmãos mais novos e de filhos de vizinhas. Tinha curiosidade para saber como era parir e, diante do seu contexto, procurou acompanhar o trabalho de parto de mulheres próximas a si. Isso seria o que Lave (1982) chama de primeira aproximação ou *entrada*. E aquilo que, na visão de Ingold (2010, p. 14), é importante dentro do processo no qual o “iniciante olha, sente ou ouve os movimentos do especialista e procura, através de tentativas repetidas, igualar seus próprios movimentos corporais àqueles de sua atenção, a fim de alcançar o tipo de ajuste rítmico de percepção e ação que está na essência do desempenho fluente”.

Wina não fez pré-natal nas primeiras gravidezes, nem recebeu uma informação direcionada sobre sexualidade ou parto em sua família. Mas como estamos falando da importância de *mostrar* e de como a observação desenvolve habilidade, podemos ressaltar que

em seu contexto familiar, apesar da falta de diálogo, as mulheres tinham uma vasta experiência com partos normais. A mãe e avó pariram todos os filhos e aprender a parir se dava na prática, mais do que no mundo das ideias. A mãe de Wina, também nos disse que não recebeu uma orientação direcionada sobre esses temas e reflete como isso pode ter impedido que ela tivesse a mesma conversa com a filha:

Nunca tinha assistido um parto, não. Não sabia o que era porque eu não tinha experiência, né? Nunca ninguém me falou porque eu não tinha orientação do pessoal lá de casa. Eu acho que eles tinham a vergonha de me explicar ou não sei e eu também não ia perguntar. Eu acho que a vergonha que meus pais tinha, eu também tinha de fazer com a minha filha. Eu nunca conversei com nenhuma delas duas. Nem eu tive [quem conversasse comigo], né amor? Como eu ia conversar? (Entrevista com mãe da Wina)

Assim, podemos observar como a aprendizagem, segundo Ingold, não acontece com a simples transmissão de conhecimento, já que não é um processo de interação entre “estruturas no mundo e estruturas na mente” (Ingold, 2010, p.21), mas é um desenvolvimento em tempo real, que acontece com o ser e estar no mundo de forma consciente, e se desenrola em um campo de prática - *taskscape*. Continuando o relato de Wina, observamos como ela reflete sobre o desenvolvimento do que viu e experimentou, no trabalho de parto das amigas, com aquilo que sentia e vivenciava durante o seu primeiro parto, em um processo de *habilitação*:

Quando foi no meu primeiro menino, eu sentia a dor muito forte, mas eu disse, **não vou agora, não, ainda não tá em tempo, porque ainda não saía líquido nem nada. Eu vi a bolsa delas romper no hospital. Elas iam só pra ficar lá, sentindo dor por cima de dor. Eu só queria ir na última hora, só pra parir.** Aí a dor vinha de quinze e quinze minutos. Aí eu disse, mãe, agora essa dor eu não aguento mais não. A hora é agora. Aí desceu um líquido na minha perna. Agora que o bebe vai nascer. Ora, só deu tempo de chegar no hospital. Fui três horas, quando deu quatro e quarenta eu tive ele. (Grifo nosso - Entrevista com Wina)

Ingold (2010) teoriza sobre o processo de habilitação, em oposição à inculturação. Desconsidera a ideia do ser humano ser apenas um recipiente que recebe a transferência de representações mentais. Acredita que cada pessoa passa por um processo de refinamento de suas habilidades no encontro com outras coisas e pessoas nos diversos ambientes nos quais circula. O relato de Wina dá conta de como ela *copiava* o que tinha visto e, ao mesmo tempo, *improvisava* diante da sua própria experiência. Como nos diz ainda o autor: “Copiar é imitativo, na medida em que ocorre sob orientação; é improvisar, na medida em que o conhecimento que gera é conhecimento que os iniciantes descobrem por si mesmos” (INGOLD, 2010, p. 15). Ou ainda como diz Lave (1982, p. 185) “o processo de aprendizado muda ao longo do aprendizado, à medida que o aprendiz acumula conhecimento e habilidade”.

Para continuar exemplificando sua teoria, Ingold explica como ler um livro de receitas não inclui tudo o que um cozinheiro precisaria saber para reproduzi-la em sua cozinha. Afinal, a leitura não traz tudo o que é preciso para se converter a ideia em comportamento corporal. O que ele afirma é que, quando lemos uma receita, têm-se instruções que conversam com a experiência anterior do leitor no mundo e essa junção garante a habilidade de cozinhar o prato.

Por exemplo, se a receita manda derreter a manteiga, é preciso que se saiba encontrar os utensílios necessários, saber lidar com o fogo e a manteiga, enfim, as pessoas que leem os comandos verbais da receita, “extraem seu significado [...] de seu posicionamento dentro do contexto familiar da [sua] atividade doméstica” (2010, p. 19). Um aprendiz, então, não aprende fazendo uma transcrição direta das informações que circulam entre duas mentes, mas, sim, na visão de Ingold, se aprende copiando, seguindo, as ações e atividades de quem já sabe fazer aquilo.

Quando voltamos à história dos partos da blogueira Isabelle, podemos identificar como é desafiador parir se você não tem um contexto de familiaridade com as informações e dicas sobre como ter um parto humanizado. Entrar em contato com essas informações, pode ser comparado a ler uma receita. Ela conta, de forma contraditória diante do que conhecemos sobre suas escolhas, que “sempre quis tentar o parto”. Lembra que nas consultas de pré-natal nunca se discutia sobre como seria no dia do nascimento de seus filhos, mas que sempre foi curiosa sobre o assunto:

Eu sempre fui muito curiosa, sempre assisti [nas redes sociais, vídeos de] partos normais, sabe? Eu sempre disse, meu Deus, eu queria tanto, eu queria tanto que eu acho que é um momento assim muito importante. O segundo, eu já queria muito tentar. Mas assim, a gente já não tem apoio, os médicos daqui não apoiam. Ainda mais quando você quer ter normal depois de uma cesárea ou duas cesáreas, né? Mas eu já vi muitos vídeos de mulheres que têm filho [de parto normal] depois de duas cesáreas, depois de três cesáreas têm normal. Só que aqui eles apoiam zero. Todos os médicos que eu fui nessa terceira gestação. Nenhum, apoiou. (Entrevista com Isabelle)

A contradição fica palpável quando, em outros momentos, ela diz que “não aguentava esperar”, queria logo marcar a cirurgia com 38 semanas, devido a desconfortos da gestação. Mas o que ela também demonstra é que se tivesse ambientes em que se sentisse mais apoiada, ou se tivesse algum médico que *mostrasse* a ela suas possibilidades reais, ela poderia ter “tentado ter normal” como gostaria. Podemos compreender, que ela até teve acesso à receita que diz que se pode ter parto normal depois de uma ou duas cirurgias cesarianas, mas lhe faltou desenvolver habilidades, em seu contexto, para que isso fosse possível para ela.

Ou seja, a essa altura concordamos que ter a informação sobre como parir não é suficiente para desenvolver habilidades que vão deixando mais plena a experiência da aprendiz. E que esse processo de como aprendemos a parir depende dos ambientes nos quais cada mulher vai desenvolvendo suas habilidades. Se pensarmos nessa aproximação que cada uma vivencia, podemos destacar que em ambientes urbanos e com a luta pela humanização do parto se desenvolvem contextos mais relacionados ao que conhecemos enquanto sistema de ensino.

As consultas de pré-natal ou o trabalho da doula, os perfis na rede social Instagram, os cursos ofertados por médicas humanizadas ensinando a parir, todos esses exemplos pensam o conhecimento a partir da ideia de transmissão de informação, organizando e seriando os conteúdos, acreditando que há uma hierarquia pela qual se escolhe sobre o que se vai aprender. Já nas comunidades tradicionais, onde estive, ou mesmo entre as mulheres de classe econômica mais baixa, grosso modo, não se transmite conhecimento sobre parto nesses mesmos moldes. Aliás, a sexualidade parece um interdito sobre o qual não se fala. As mulheres precisam experimentar para ir aprendendo.

O que se está discutindo, então, é que não há como distinguir o que se sabe mentalmente da experiência contextualizada. Diferentemente do que nós, enquanto sociedade, geralmente pensamos, associando a ideia de aprendizagem à educação escolar. Tendemos a pensar que somente as representações mentais, ou informações, *são* conhecimento. E Lave (1982), ajuda-nos a repensar as premissas dualistas sobre educação formal e educação informal, passando a compreender a aprendizagem como uma relação na prática, “aprendizagem situada”. Onde os contextos da vida cotidiana são de fundamental importância para o aprender, entendendo que não há uma hierarquia na qual a educação escolar de alto nível seja a mais importante.

A história de Dona Zilda, é outro exemplo de como a aprendizagem para o parto não depende somente das informações transmitidas, mas é uma relação na prática. Não ter acesso ao que seria a informação formal do que é parir, não impede que se aprimore habilidades em um contexto concreto. No seu relato nos diz que não sabia o que acontecia consigo e com seu corpo, seja enquanto namorando, seja grávida ou já em trabalho de parto.

Eu não entendia nada, ele [namorado] entendia, mas não me explicou nada. Rapaz eu nem sei nem explicar, nós fomos pros mato, escondido. A mãe pensava que [meu irmão] tava com nós o tempo todo, mas ele não ficava. O homi ficava me esperando passar e a gente se escondia, eu não sei como eu caí nessa onda não. Mas achava bom, naquele tempo né? A gente quer brincar. (Entrevista com D. Zilda)

Segue explicando como soube que estava grávida, ela nos conta:

Naquele tempo eu não sabia, o negócio [a menstruação] faltou e eu não entendia, não sabia nem como ficava grávida. Aí ele [o namorado] que disse que era. Vixe, aí eu fiquei com medo. [...] Aí ainda custou eu a casar, e o Neném [o marido] mandou eu tomar umas pílula do mato, que é pra perder. Aí ele dizia assim: ‘Tu toma que aí vem [a menstruação]’. Aí eu ia tomar, mas não teve jeito, hoje meu fi tem já 40 anos. Ainda tomei a paulista, que é uma cabacinha assim amargosa, tomei muito chá de marcela, que era os tempo pra vim a [menstruação], não vinha era nada. Aí com três meses é que o bucho começou a aumentar. (Entrevista com D.Zilda)

O marido parecia entender até mesmo o que fazer para um possível abortamento, já a mãe não conversou com ela sobre parto, nem mesmo depois que já tinha casado e estava anunciada a gravidez. Continuou sendo o esposo quem entendia o que se passava:

A gente naquele tempo não sabia não, ainda trabalhava e tudo. Aí eu adoeci pra ter ele, [dia em que o trabalho de parto começou][...] aí era dor nos quarto, [...] eu já não aguentava a dor nos quarto. **Mas eu não sabia que ia ter menino, a minha mãe não disse que eu ia ter dor.**[...] Aí eu fui pra casa. Eu vi aquele sangue, aí eu fiquei com medo, ‘ai meu Deus o que é isso?’. Aí eu tava conversando sozinha, meu marido ia chegando e eu ‘ai meu Deus, agora eu vou morrer, o que é isso, com esse sangue aqui’. Aí ele chegou e disse assim, ainda hoje eu passo na cara dele, ele disse assim: ‘essa preguiçosa já tá se maldizendo aí’. **Aí ele nem entrou em casa e se mandou pra Guaíba** [onde a mãe dela morava], **ele entendia, eu que não entendia.** (Entrevista com D. Zilda)

Dona Zilda, de forma simples, vai nos explicando como aprendeu a parir na prática. E como a cada novo nascimento de seus filhos, compreendia melhor o que acontecia em seu corpo e podia compartilhar informações com as parteiras e com a enfermeira.

Desse aí eu já sabia, eu já fiquei esperando, eu fui fazer uns exames no Arapari. A Mazinha [enfermeira do posto] mandava fazer uns exames lá em Itapipoca. [...] Mas eu tive em casa, a Raimundita veio de novo. **Passei três dias com dor de novo.** Era morre não morre com a dor braba, não comia nada. Ela dava chá de coentro, óleo de gergelim e fazia massagem. [...] Aí teve a terceira filha em casa também, com a Zilda e a comade Raimundita e aí no quarto filho ia fazer os exames no posto e sentia coceira muito grande pelo corpo, e aí a enfermeira Mazinha dizia que era o menino chutando que dava aquela coceira, que quando descansasse ficava boa. Aí quando adoeci pra ter menino, mais três dias de dor, aí a Zilda disse que não dava conta e mandou pra Itapipoca, porque o menino apontava, mas não nascia. Mas não fui pra Itapipoca, fiquei em Arapari, na casa da cumade Raimundita e ali eu tive o outro menino. (Entrevista com D. Zilda)

Na história de Dijé, o contexto familiar foi fundamental para que ela desenvolvesse habilidade de parir. Assim como na história de Wina, também se diz curiosa, mas nesse caso descrevendo o processo no qual foi desenvolvendo as habilidades de ser parteira. Conta-nos como acompanhava a mãe e a avó quando essas iam “aparar” meninos e ficava ali, observando, diz-nos “quase cheirando a mulher”. Lembrando que Ingold nos faz reconhecer que o ser humano não é mera máquina pré-programada de processamento de informação diante dos problemas do ambiente, mas são um centro de atenção e agência, que encontra ressonância com seus ambientes. Nas palavras de Ingold:

[...] ao longo do desenvolvimento, a história das relações de uma pessoa com o seu ambiente está envolvida em estruturas específicas de atenção e resposta, neurologicamente fundamentadas. Do mesmo modo, envolvidas dentro das variadas formas e estruturas de ambiente estão as histórias das atividades de pessoas. Em suma, emergem juntas como momentos complementares de um processo único – isto é, o processo da vida das pessoas no mundo. É dentro deste processo que todo conhecimento é constituído. (INGOLD, 2010, p. 23)

Desse modo, observamos nos relatos de Dijé que existe um aprendizado geracional que não se dá por mera transmissão de conhecimento, mas, por um processo de atenção no qual a aprendiz observa, copia e improvisa. Ora, as histórias das parteiras tradicionais estão repletas de relatos em que estas, ainda mocinhas, acompanhavam as parteiras mais experientes até terem o privilégio de segurar seu primeiro bebê. Assim, Dijé nos conta como desenvolve suas próprias habilidades “incorporadas de percepção e ação” (Ingold, 2010, p. 16)

Eu não fui parteira por acaso, eu sou parteira porque venho de uma linhagem de parteiras, desde a minha bisavó. [...] essa linhagem todinha era de parteiras, e eu toda vida fui curiosa, eu sou aquela pessoa ansiosa, não gosto de ficar esperando, eu gosto de agir, eu gosto de ir atrás, eu não fico parada, eu sou agitada, vamos dizer assim, né? E eu sempre curiosa com a minha mãe, a minha mãe fazendo parto, né? E eu sempre curiosa. E naquela época, da minha mãe, da minha avó, da minha bisavó, não tinha energia, era lamparina. Então para ver no momento de parto, no momento de cortar o “imbigo”, tinha que ter a lamparina acima da cabeça da parteira, que era para ela ver melhor, se por acaso fosse a noite, [...] **aí eu fui vendo e fui curiando e fui aprendendo do jeito que ela fazia as coisas.** Eu prestava muita atenção, curiava muito, ficava ali pertinho, praticamente cheirando a mulher que tava parindo. **Todo movimento que ela [minha mãe] fazia, eu fui levando pra mim.** ((Entrevista com Dijé)

E esse processo a auxilia nos nascimentos de seus próprios filhos, ela amparou as crianças de outras mulheres, para depois se *especializar* em parir.

[no dia do segundo parto] **eu não disse nada pra ninguém, eu já sabia, essa dorzinha ainda não é a dor pra parir.** Aí eu não disse nada a ninguém, passei o dia todinho e entrei pela noite, quando foi lá pelas cinco horas da manhã, aí aumentou as dores [...] aí eu chamei minha mãe, aí disse a ela, eu disse assim, mãe eu acho que a gente vai ter festa por aqui. Eu sempre dizia assim, vai ter festa. **Aí eu que preparei, essa aqui foi eu que preparei, coloquei uns panos, tinha uma mesa na sala [...], fiz a cama [na cabeceira da mesa], onde tivesse condições de eu me apoiar pra me levantar.** Aí já tive diferente, já tive acorçada, do jeito que eu queria, as minhas pernas pediam para fazer isso. A minha dor pedia pra eu fazer isso. (Entrevista com Dijé)

Suas experiências estão permeadas das imagens e conhecimentos que foi adquirindo enquanto aprendia a parteria. Conta como sabia que ainda não era a hora de chamar a parteira, bem parecido com o relato do parto de Wina, sabia reconhecer a dor. E, no seu caso, também sabia o que era preciso ter em casa para o dia da festa. Em outro momento conta como preparava a casa:

A mãe dizia que eu parecia um animal, porque **eu fazia minha própria cama**. [...] Dizia: ‘meu Deus do céu essa mulher é doida, ela faz a própria cama dela, está com o ninho dela preparado’. **Eu fazia os paninho tudo, cada detalhe, o tamanho. Tudo lavava bem lavado. Ajeitava bem ajeitadinha**. A gente não tinha guarda roupa, tinha como eu arrumar uma caixa. Forrava essa caixa toda com um pano limpo. Acabava de dobrar aqueles pano bem dobradinho e estava lá no ponto pro dia. [...] ali era os panos da minha cama [lugar para parir]. Aquela era a caixa daquele bebê. [...] antes do dia, **a gente fazia um defumado em casa, né? Pra pegar um cheiro bem gostoso e a casa fica toda perfumada**. Flor de almesca. Não da flor, da raiz. [...] Aí você fazia aquele cheiro na casa toda, que se você passar aqui, se sentir aquele cheiro, ou a mulher já estava parida ou estava se preparando pra parir. ((Entrevista com Dijé)

Assim, diante desses relatos, podemos concordar com Lave quando diz que o “processo de aprendizado muda ao longo do aprendizado, à medida que o aprendiz acumula conhecimento e habilidade” (Tradução livre - 1982, p.185). Seguindo essa perspectiva, eu, por exemplo, sou uma habilidosa doula, mas não tenho habilidade em parir. Ao longo de nove anos fui acumulando imagens, sons, cheiros, presença, fui me especializando em perceber as necessidades de cada parturiente e em como lidar com cada possível situação de alegria ou de desafios.

Eu também tive uma especialista que me mostrou como era doular. Após o encerramento do curso de doulagem, entrei em uma equipe de doulas e enfermeiras obstétricas e pude acompanhar uma delas em seu atendimento, pude observar como uma doula se porta, o silêncio, a penumbra, o cuidado em deixar a parturiente confortável, os métodos para o alívio da dor. Fazendo parte das primeiras aproximações. Depois tive minha primeira experiência como doula escolhida por uma mulher. Quantos acontecimentos nesse dia não puderam ser previstos e me surpreenderam precisando que eu improvisasse diante do que sabia. Já contei que esse acabou sendo um parto domiciliar não planejado. Hoje continuo aprendendo a cada nova mulher, mas também já sou uma especialista e posso ajudar outras que queiram seguir nesse caminho profissional de ser doula. No entanto, nunca me especializei em parir. Não passei pela experiência de ter uma dor de parto, apesar de saber como aliviá-la em outras mulheres. Não segui até o que seria plenamente parir, seria preciso a experiência para chegar a essa plenitude.

Ao longo deste capítulo fomos percebendo como ter acesso à informação de qualidade é um fator importante para aprender sobre parto e também um meio pelo qual as mulheres buscam ter uma assistência não violenta. Quando pensamos no movimento pela humanização, podemos até dizer que buscar informação está entre as principais estratégias para tentar não sofrer violência obstétrica. Afinal, diante do nosso contexto cesarista, às vezes é

preciso primeiro construir uma imagem real do parto normal, para substituir as distorções das referências que trazemos dos nossos ambientes.

É verdade que buscar conhecer abre portas para uma experiência mais autônoma, mas não pode ser entendido como a totalidade do processo de aprender a parir, que é muito mais complexo. As narrativas das mulheres de Itapipoca não são um retrato exato da realidade, mas trazem as experiências de cada uma, com graus distintos de reflexão e que nos ajudaram a perceber identidades e subjetividades que se unem aos contextos para compreendermos algumas problemáticas que circundam o parto na cidade. Afinal, como nos indica Galvão (2005), as histórias que contamos sobre nós também nos constroem enquanto indivíduos e podem ser fonte de reconhecimento dos saberes que também nos constituem.

Então, pensar na aprendizagem para o parto é considerar a articulação de saberes que são desenvolvidos em diversos ambientes. É preciso assumir “que os processos de aprendizagem no aprendizado são indivisíveis dos processos de produção que estão sendo aprendidos” (tradução livre - LAVE, 1982, p. 185) e que há um percurso de *habilitação* no qual a pessoa aprendiz vai se especializando e chegando à plenitude do processo. A experiência, a história de vida, as relações familiares são tão importantes quanto as informações transmitidas, contribuindo para que cada mulher, dentro de uma realidade específica, responda com diferentes estratégias, a um cenário de violência. Foi isso que tentei mostrar nas narrativas dessas mulheres sobre o parto.

*as experiências a que
sobrevivemos
vivem dentro de nós*

rupi kaur

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

rupi kaur é poeta, artista e performer, autora da coletânea de poemas *meu corpo minha casa*, foi esse título que me encantou quando navegava na internet e, sem outra referência, comprei o livro e li no mesmo dia em que chegou. Transcrever alguns desses poemas ao longo desse texto é reconhecer que os corpos dessas mulheres foram atravessados pela potência que é o nascimento de uma vida. E não só as gestantes e puérperas, todas as que estão envolvidas no cuidado, na militância, na assistência, na presença.

Procurei mostrar, nesta tese, que a luta pela humanização pode também ser entendida como uma luta por dignidade, por poder ser mulher na sua maior potência, cultivar amor à ancestralidade unida a uma medicina que se baseia em pesquisa científica. É respeito ao corpo e sua sabedoria, criando um ambiente no qual saberes são compartilhados. O movimento da humanização do parto está pautado em um tripé: equipe multi/transdisciplinar; medicina baseada em evidência científica (MBE) e protagonismo feminino. Mas ele ainda precisa amadurecer a ideia de que vários tipos de corpos gestam, e lutar pelo direito de todas as pessoas, porque todas as mulheres devem ser contempladas, por exemplo, pelas políticas públicas de saúde e merecem uma assistência que respeite suas particularidades. Os debates formados a partir dessa luta têm favorecido com que a mulher a quem se destina o cuidado, não seja mera paciente, mas tenha o direito de saber de si e fazer escolhas que considere, não só o saber científico, mas sua história, família, rede de apoio, desejo.

Há nove anos trabalho como doula e desde o mestrado pesquisei sobre educação e parto. Na minha dissertação pude analisar como mulheres, em busca de um parto humanizado, articulam processos de aprendizagem em rede e formam uma rede de apoio *online* para si. Quando iniciei esse programa de doutorado, estava intrigada em continuar pesquisando como as mulheres têm aprendido sobre parto, meu objetivo era acompanhar um grupo de mulheres, de classe média, em Fortaleza que poderiam pagar por uma assistência de parto.

Mudar o projeto inicial foi meu primeiro desvio no caminho. Isso aconteceu porque, em virtude do trabalho, precisei morar quatro dias por semana em uma cidade do interior do

Ceará. Mesmo antes de chegar à cidade, estava interessada em entender como era o cenário de parto local, mas só depois de me estabelecer foi que comecei a ouvir os primeiros relatos de parto e fui compreendendo que poderia fazer minha pesquisa ali. Assim, migrei para este campo de pesquisa.

Em minhas andanças pelo centro, quando me apresentava como doula, ouvia relatos assustadores sobre a assistência prestada dentro da principal maternidade (cem por cento SUS), o principal deles e que mais me chocou foi a história do *menino na caixa de sapato*. Quando cheguei à cidade e comecei a ouvir histórias de parto tão impactantes, chorava muito, ficava revoltada de ver a vulnerabilidade daquelas mulheres. Comecei a imaginar que o hospital deveria ter péssima estrutura, e só pensava em começar uma roda de gestantes. Impressionou-me perceber o medo entre as mulheres, tanto de sofrer violência, mas principalmente o de ver o bebê sofrer as consequências de uma imperícia. Foram essas narrativas, como mostrei ao longo desta tese, que me fizeram perceber outras questões sobre esse tema.

Diante de tantos relatos sobre uma assistência inadequada, surgiam perguntas importantes: Como mulheres, em distintos contextos, compreendiam a assistência ao nascimento e que saberes e aprendizagens sobre parto e nascimento elas articulavam? Que estratégias as mulheres estavam utilizando para lidar com o que percebiam como violento? Com essas questões em mente, a pesquisa de campo partiu para a busca de outras narrativas das mulheres dessa cidade para investigar os processos de aprendizagem para o parto e as estratégias em busca de um parto seguro que, de alguma forma, se distanciasse da violência obstétrica. Para tanto, buscou-se analisar como as narrativas de mulheres em Itapipoca, em diferentes contextos, descreviam o cenário de assistência ao parto a partir de suas próprias histórias.

Ao longo de três anos, de forma intermitente e atravessada pela pandemia de COVID19, pesquisei nessa cidade, na qual, a partir do formato de amostragem *snowball*, entrevistei mulheres - gestantes, puérperas, senhoras e parteiras - de três distintas localidades (centro da cidade, comunidade indígena, comunidade quilombola) e uma obstetrix na cidade de Fortaleza. Minhas primeiras entrevistas colheram os relatos de mulheres que pariram na principal maternidade da cidade. E as impressões e reflexões de cada uma trouxeram poucas diferenças quando falavam sobre a imagem que tinham do hospital. Tive ainda muitos deslocamentos que me levaram a outros encontros. Investiguei, além de mulheres do centro da cidade, duas mulheres de comunidades tradicionais, uma indígena e outra quilombola, que estão em localidades da mesma região metropolitana e onde ainda moram duas parteiras.

Na comunidade indígena, a parteira já não “apara” meninos como antes, mas é bem jovem e lúcida, tem as lembranças vivas e está acostumada a dar entrevista. É irmã do pajé e uma mulher de muitas lutas. No ano em que a conheci só ia acompanhar um parto. Na comunidade quilombola, a parteira já não acompanhava partos há tempos. É bem idosa, não lembra mais de tantas histórias, tem desafios para se comunicar. Apesar de algumas dificuldades ao entrevistá-la, pude saber mais sobre sua atuação, por entrevistar mulheres que foram acompanhadas por ela e por outra parteira da região, há mais de quarenta anos.

O ponto de referência inicial para a análise, foi o cenário do Parto Humanizado em Fortaleza. Afinal, este campo de pesquisa se confunde um pouco com a minha própria história. Ouvir relatos de parto e buscar compreender como promover espaços de empoderamento, faz parte do meu cotidiano. Apresentei, dentro desse contexto, algumas iniciativas que pretendem prestar uma assistência humanizada ao nascimento. Como, a experiência de um coletivo de médicas e parteiras urbanas, que não atende pelo plano de saúde, e a de hospitais que promovem encontros educativos, geralmente mensais. Não fiz esse recorte porque Fortaleza é um modelo de assistência humanizada, mas porque reconheço que, até por motivos comerciais, há um significativo movimento entre as consumidoras, que buscam outro tipo de assistência, e os médicos e as operadoras de planos de saúde que passam a atender, de certo modo, a essa demanda.

Importante ressaltar que os relatos sobre violência obstétrica acontecem por todo o Brasil, além de Fortaleza, ou em Itapipoca. A história da obstetrícia no país está marcada por um processo de apropriação da assistência ao parto, retirando-a das mãos de mulheres parteiras, geralmente pretas e indígenas, para as mãos de homens brancos, saindo de um contexto familiar e feminino, para o médico-hospitalar e masculino. Houve, com a vinda da coroa portuguesa, uma ação planejada para o branqueamento da assistência, com campanhas difamatórias contra as parteiras, que as julgavam sujas e incompetentes para o trabalho. Ao passo que os médicos eram os detentores dos objetos de cura e, aos poucos, passaram a ser vistos como um sinal de status social pela classe mais abastada. (SOUSA, 2007; DEL PRIORE, 2009)

Com isso, temos um processo de distinção entre os saberes da parteria tradicional e os saberes médico-hospitalares. Sob uma ótica de hierarquia na qual o homem branco europeu é o peso e medida de todas as coisas, o saber científico, muitas vezes, desacredita e destitui o poder sobre o conhecimento dos cuidados com o corpo e a saúde dos povos em geral (QUIJANO, 2005). Assim, invalida e desacredita outros saberes, práticas sociais e matrizes do conhecimento popular e tradicional, como negras e indígenas, caracterizando-as como irrelevantes (LUZ, 2014).

Ao longo do tempo, a cultura obstétrica tornou-se predominantemente médica e racional. Essa medicina entendia que deveria proteger e resguardar o *corpo feminino frágil* (branco), usando intervenções para controlar a delicadeza incapaz de reproduzir de forma autônoma (LUZ, 2014), afastando-as do castigo bíblico: “parirás com dor”. Esse processo contribui para excluir os saberes e experiências de cada mulher, além de alienar a capacidade feminina de decidir sobre o próprio corpo e protagonizar o parir.

Essas discussões também podem resvalar para outros temas, que não foram proeminentes nas narrativas das mulheres que entrevistei para esta tese, mas que estão na base do que entendemos como racismo estrutural, (ALMEIDA, 2019) e se refletem até hoje em toda a sociedade. Inclusive quando vemos pesquisas sobre como a raça é um fator importante para analisarmos a violência obstétrica sofrida pelas mulheres pretas. Podemos fazer essa discussão, com a ajuda do feminismo negro que tem complexificado a nossa análise social a partir de temas como interseccionalidade (AKOTIRENE, 2019).

A violência obstétrica está inserida no espaço de outras violências contra a mulher/pessoa gestante na área da saúde, que fere a sua dignidade e os direitos humanos. O termo é de difícil definição. Mas podemos dizer que se refere a toda atitude que vá diretamente contra os princípios e diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa política preconiza que a assistência ao parto seja humanizada e isso significa, para eles, “aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos” (BRASIL, 2004, p. 59). Pontuando que as decisões relacionadas a cada etapa do parto precisam ser compartilhadas e as escolhas da mulher ouvidas e respeitadas.

Segundo a pesquisa “Nascer no Brasil” (ENSP/Fiocruz, 2014), ainda estamos longe de uma assistência humanizada. Entre outras, concluiu que a maioria das mulheres chega ao pré-natal desejando um parto normal, mas, quando contabilizamos os desfechos de parto, os números são preocupantes. Dados mais recentes, da pesquisa Nascer no Brasil II, verificaram que somos o segundo lugar mundial, com 57,7% de números de cirurgia cesariana. O que a Organização Mundial da Saúde chama de epidemia de cesárea. Já que nos explica que somente 15% dos nascimentos precisariam de intervenção cirúrgica, número muito abaixo do que vivenciamos no Brasil.

O Movimento da Humanização do Parto costuma dizer que vivemos uma cultura cesarista. O que se pode verificar, tanto pelo número de cirurgias (que podem chegar a mais de 80% dos nascimentos se contarmos somente a rede particular), quanto pelas indicações absurdas e mentirosas da cesariana. Melânia Amorim, médica, pesquisadora e feminista, já contabilizou 270 (duzentas e setenta) “desculpas referidas pelas gestantes e/ou utilizadas pelos

profissionais para indicar uma ‘DESNEcesária’”. Quando, na verdade, existem apenas seis indicações reais para a cirurgia, sendo três indiscutíveis e três situações em que a conduta precisa ser vista caso a caso.

Existem diversos exemplos de violências que podem ser cometidas contra as mulheres no período gravídico-puerperal. Entre eles: xingamentos, humilhações, comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da orientação sexual, da idade, da classe social, do número de filhos; intervenções que já não seguem a MBE (como episiotomia de rotina ou manobra de Kristeller); lavagem intestinal durante o trabalho de parto; amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar; impedi-la de se alimentar e beber água durante o trabalho de parto; negar anestesia, inclusive no parto normal; dificultar o aleitamento materno na primeira hora; proibir um acompanhante que seja de escolha livre da mulher. Mas, talvez, a cesariana mal indicada seja a violência obstétrica mais pautada nas redes de discussão sobre parto humanizado.

Quando voltamos ao cenário de Itapipoca, locus da pesquisa, o conceito de violência obstétrica aparece nas narrativas de mulheres que entrevistamos e que estão descritas ao longo deste trabalho. De modo geral, percebi que havia um entendimento comum sobre o desejo de um parto respeitoso, em oposição ao medo de não ser bem atendida nesse momento. Encontrei um discurso que complexifica a relação com a “escolha” pela cirurgia cesariana. Afinal, ouvi mulheres que afirmam que respeito e dignidade seria conseguir pagar por essa cirurgia. Verifiquei, entre as mulheres do centro da cidade, que ali circula um forte discurso que amedronta aquelas que irão receber assistência na maternidade para um parto normal, ao mesmo tempo que incentiva a cirurgia cesariana em serviços particulares. Apesar desse discurso prevalente, pude encontrar histórias de mulheres que se sentiram bem acolhidas nessa mesma maternidade. Como discuti aqui, as várias experiências das mulheres podem modificar suas percepções e escolhas em relação ao parto.

Se tomarmos também as narrativas que circundam as parteiras tradicionais nas localidades próximas ao centro de Itapipoca, verifiquei a mesma insegurança com relação a parir em ambiente hospitalar. Retomando os relatos sobre a história das parteiras, quando o Ministério da Saúde passou a oferecer treinamento a estas e incentivar a ida ao hospital, houve grande resistência por parte das mulheres de suas comunidades. As narrativas dão conta que elas se sentiam mais inseguras ao pensar em sair de suas casas. Havia dificuldade de transporte porque as maternidades eram distantes. O maior problema relatado, era serem obrigadas a ficar sozinhas, longe de suas famílias, das mulheres que lhe traziam segurança, das parteiras que conheciam, às vezes desde a infância.

Diante desse cenário de insegurança, verifiquei algumas estratégias que as mulheres articulam para evitar o que consideravam violento. Entre estas se destacam a “escolha” pela cesariana, o apoio de uma rede familiar e a aprendizagem para o parto. Quando pensamos em escolher, entendemos que a pessoa a quem é dada essa tarefa tem, pelo menos, grande parte das informações necessárias para manifestar sua preferência. Acontece que, como discutimos ao longo desta tese, apesar da cirurgia ser a melhor escolha somente em casos específicos, ela se estabeleceu como a principal via de nascimento no Brasil.

A “escolha” pela cirurgia cesariana está entre as principais respostas para evitar a dor e os percebidos riscos da possibilidade de um parto violento. Uma análise superficial poderia supor que a escolha pela cirurgia, numa realidade como a de Itapipoca, é empoderamento. No entanto, este pressupõe informação de qualidade para auxiliar o direito à tomada de decisão sobre o que lhes diz respeito (BERTH, 2019). Ao invés disso, o que pudemos identificar em Itapipoca foi a falta de discussão sobre riscos e benefícios de cada via de nascimento, o que leva as mulheres a terem uma falsa sensação de controle, confiando numa suposta segurança da cirurgia, e supostos riscos de um parto normal. Aliás, ser submetida a uma cirurgia, não deveria ser escolha, mas indicação séria e real de um problema de saúde. No nosso caso, temos o agravante de as mulheres “escolherem” passar por uma cirurgia em decorrência do medo de sofrer violência obstétrica.

As mulheres e parteiras das comunidades tradicionais nas quais estive também tinham um discurso de medo. A diferença é que não é um medo de sofrer violência. Os relatos estão cheios de falas do medo da dor, de ficar sozinha, de quem não entendia o que acontecia consigo. Além de falas em que demonstram que se sentiam apoiadas pela rede familiar que se formava ao redor delas no dia do parto, inclusive relatando menor sensação de dor por não se sentirem sozinhas. Compreendi que esses relatos demonstram um pouco do que já foi dito sobre a história crítica da obstetrícia: que os cuidados com a saúde feminina no parto, deixaram o ambiente familiar e feminino, para se estabelecer como médico-hospitalar. Podemos pensar que esses processos de aprendizagem para o parto, nas comunidades tradicionais, se perdem com a transferência da assistência ao parto para o ambiente hospitalar. As parteiras tradicionais são um bom exemplo de como havia transferência intergeracional de conhecimento sobre o nascimento, uma aprendizagem na prática (LAVE, 2015), mas à medida que essas personagens se perdem no nosso tempo histórico, perdem-se com elas a maioria dos conhecimentos práticos de como essas mulheres amparavam os meninos de suas comunidades.

Sabe-se que o Movimento pela Humanização do Parto busca uma atualização de práticas obstétricas que resgatam esses conhecimentos ancestrais, aliando-os à ciência moderna

e criando espaços para autonomia da pessoa que vai parir. Profissionais de assistência ao parto que se engajam nessa luta por um parto com respeito, entendem ser necessário que haja um processo de aprendizado sobre os corpos de mulheres, num compartilhamento de informações e corresponsabilização pelas decisões tomadas sobre como esses corpos irão parir, minimizando, assim, as possíveis violências que se dão por meio de falas, atitudes e até intervenções desatualizadas, ou mesmo desnecessárias.

Quando voltamos ao centro de Itapipoca, percebi como a rede de apoio de cada mulher gera um ambiente no qual se tem um histórico de parto normal, ou de cirurgias cesarianas. E como isso influencia na tomada de decisão sobre a via de parto. Esse histórico gera um ambiente no qual as mulheres aprendem técnicas corporais (MAUSS, 2003) para parir ou não. Estas são transmitidas de geração em geração e se relacionam à teoria de Ingold (2010), quando afirma que a aprendizagem se dá menos por transmissão de conhecimento e mais a partir das relações em diversos ambientes que engajam as habilidades de atenção e resposta. Desse modo, podemos dizer, e esta tese afirma, que a cultura de parto de cada família ensina a mulher sobre as possibilidades de nascimento. O que aqui se observou, como vimos, nas histórias de mulheres do interior do Ceará, foi que as experiências de parto das suas redes de apoio e familiares influenciam de forma relevante a tomada de decisão pela via de parto de cada uma delas, porque são ensinadas sobre estes modos de parir de geração em geração.

Sobre a forma como se dá essa aprendizagem, Lave (1982 e 2015) concorda com Ingold, quando teoriza que a aprendizagem é muito mais do que mera enculturação, ou seja, mais do que informações depositadas em um recipiente, o que pressuporia uma passividade de quem aprende com relação ao ensino. O compartilhamento de informação de qualidade também é um ponto importante para o empoderamento (BERTH, 2019). Humanizar o parto, como vimos, está longe de ter relação apenas com o parto vaginal, o que inclusive é incentivado na maternidade da cidade, mas é preciso permitir um ambiente no qual a mulher não seja apenas paciente (ODENT, 2003). O que só é possível quando a parturiente conhece, à sua maneira, o que é o fisiológico do parto, quais as suas possibilidades de escolha e é considerada em sua autonomia. Isto inclui um cuidado que parte da atenção ao processo fisiológico, mas que também utiliza os recursos tecnológicos disponíveis de forma adequada.

Na atualidade, a maternidade pública do centro de Itapipoca até dispõe de estrutura que se adequa ao que se pensa sobre um ambiente hospitalar para parto humanizado. As funcionárias entrevistadas conhecem o que se chama de boas práticas de assistência. Contudo, essas estruturas são pouco aproveitadas, pois falta à população o conhecimento sobre o que fazer nesses espaços. Não encontrei, na cidade, um projeto educativo planejado para que as

mulheres aprendam sobre parto a partir de informações atualizadas, o que depõe contra a assistência prestada, já que estudos observam que os espaços educativos são essenciais para o desenvolvimento de uma experiência mais autônoma de parto. Apesar de concordar com o Movimento da Humanização do Parto, quando este entende que a difusão de informação de qualidade é fundamental para o empoderamento/protagonismo feminino, percebi, com o diálogo e aprendizado estabelecido entre as narrativas de mulheres na pesquisa, que isso não é suficiente para compreender o processo complexo de aprendizagem.

Compreendi que aprender sobre parto exige mais do que informação de qualidade, precisa ser situado, contextualizado. A aprendizagem, incluindo aquele sobre o parto, é um sistema complexo que, quando analisado, pode considerar os ambientes nos quais os seres humanos são centros de atenção e agência. Assim, cada mulher aprendeu sobre parto, em um percurso de habilitação no qual a pessoa aprendiz foi se especializando, a partir dos estímulos de cada ambiente e chegando à plenitude do processo parindo. Então, pensar na aprendizagem para o parto é considerar a experiência, a história de vida, as relações familiares, suas visões de mundo como sendo tão importantes quanto as informações.

Para mim, os encontros que esta pesquisa me proporcionaram, foram um grande campo de prática. Observar as mulheres e suas reações, sentimentos, visões de mundo e ouvir suas histórias, mostrou-me uma realidade totalmente nova, que me transformou como pesquisadora e como doula. Posso dizer, que desenvolvi muito minhas habilidades de observação e escuta, diante das narrativas que se podem compartilhar. Do mesmo modo, estar com as mulheres das comunidades e, especialmente, diante de duas parteiras tão experientes, modificou meu trabalho como doula, aprendi a confiar ainda mais no corpo e na sua sabedoria e a honrar as aprendizagens sobre parto que as mulheres foram desenvolvendo entre si, ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

AGIER, Michel. **Antropologia da Cidade: lugares, situações, movimentos**. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011.

ALMEIDA, Jéssica Santos de; SILVA, Daiany Santos de Almeida da; SOLER, Zaida Aurora Sperli Gerald. A taxa de disponibilidade para o parto: outra violência obstétrica?. **Enfermagem Brasil**, v. 14 n. 1 (2015). Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3703/pdf>> Acesso em ago 2023.

ALMEIDA, Sílvio. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
AMORIN, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v.36, n.1, p. 47-54, 2008.

BALASKAS, J. Parto Ativo: guia prático para o parto normal. 2. ed. São Paulo: Ed. Ground, 1991.

BESSA, Lucineide Frota; MAMEDI, Marli Villela. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto?. **Revista Baiana de Enfermagem** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 11-22, jan./dez. 2010.

BOGDAN, R. C., BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União 2005

BRUM, Eliane e ADAMS, Denise. "A Floresta das Parteiras". **Revista ÉPOCA**. 27 de março de 2000. p.84.

CARATINI, Sophie. **Lo que no dice la antropología**. Madrid: Ediciones del oriente y del mediterráneo, colección Disenso, 2013.

CARDOSO, Junia Espinha; BARBOSA, Regina Helena Simões. O desencontro entre desejo e realidade: a "indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 35-52, 2012.

CEARÁ, 2019. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=374116>>. Acesso dia 20 mai. 2020.

Del PRIORE, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 10(3). Páginas: 627-637. 2005.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019>. Acesso dia 03 dez. 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo, 2001. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<file:///C:/Users/Goretti/Downloads/Tese%20de%20Doutorado%20limita%C3%A7%C3%B5es%20e%20possibilidades%20da%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20no%20parto.PDF>>. Acesso dia 03 dez. 2015

ENSP/Fiocruz. **Nascer no Brasil:** inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.

EUGÊNIO, Benedito; TRINDADE, Lucas Bonina. A entrevista narrativa e suas contribuições para a pesquisa em educação. **Revista Pedagogia em Foco.** - Iturama (MG), v. 12, n. 7, p. 117-132, jan./jun. 2017.

FAGUNDES, Ana Paula Soares. **“Parteiras urbanas”:** um estudo de caso no município de cascavel / PR. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1503435638_ARQUIVO_Artigo-FazendoGenero.pdf>. Acesso dia 11 dez. 2021.

FERREIRA JUNIOR, Antônio Rodrigues. **Profissionalização invisível:** formação e trabalho de doulas no Brasil – Campinas, SP: [s.n.], 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=451442#page=66>> Acesso em out. 2023.

FREIRE, Nara C.; NUNES, Isa Maria; ALMEIDA, Marina S.; GRAMACHO, Rita C. C. V. PARTO NORMAL OU CESÁREA? A DECISÃO NA VOZ DAS MULHERES. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 237-247, set./dez. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/carol/Downloads/5699-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-15587-1-10-20120207.pdf>>.

G1. **Shantal sobre parto conduzido por Renato Kalil:** “Não tinha a menor necessidade de ele tentar me rasgar com as mãos”. 9 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/01/09/shantal-sobre-parto-conduzido-por-renato-kalil-nao-tinha-a-menor-necessidade-de-ele-tentar-me-rasgar-com-as-maos.ghtml>. Acesso em: 27 jun. 2022.

GADOTTI, Moacir. **Educação integral no Brasil:** inovações em processo. 2009. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5633199/mod_resource/content/1/eudca%C3%A7%C3%A3o%20n%C3%A3o%20formal_formal_Gadotti.pdf> Acesso 15 jun 2022
GALVÃO, Cecília. Narrativas em educação. **Ciência & Educação**, v. 11, n. 2, p. 327-345, 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GONÇALVES, Alicia Ferreira. Etnografia, etnologia & teoria antropológica. **Política & Trabalho**, n. 44, 2016.

GONGORA RODRÍGUEZ, Patricia de La Cruz. **Educação para o parto**: uma contribuição para o alcance da maternidade segura. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. doi:10.11606/T.22.2007.tde-07012008-132820. Acesso em 20 mai. 2021

GONÇALVES, Aline. Mulheres em Rede pela Humanização do Parto: O Uso da Internet para a Mobilização Social. *Divers@!*, v. 6, n. 1, 2013.

GSHOW. **Shantal Verdelho enaltece nascimento do 3º filho**: 'Alegria em todas as etapas do parto. 02 de junho de 2024. Disponível em: <<https://gshow.globo.com/tudo-mais/tv-e-famosos/noticia/shantal-faz-relato-de-parto.ghtml>>. Acesso em jun. de 2024

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de. Antropologia e educação: um campo e muitos caminhos. **Linhas Críticas**, v. 21, n. 44, p. 19-37, 2015.

GUSSI, Alcides Fernando. **Pedagogias da experiência no mundo do trabalho**: narrativas biográficas no contexto de mudanças de um Banco Público Estadual. 2004. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em educação) – Programa de pós-graduação na área de Educação, Sociedade, Política e Cultura, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. **Entrenotas**: compreensões de pesquisa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013.

HOOKS, bell. **Teoria Feminista**: da margem ao centro. São Paulo: Perspectiva, 2019 – (Palavras negras).

INGOLD, Timothy. Da transmissão de representações à educação da atenção. **Educação. Porto Alegre**, p. 06-25, 2010. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/faced/article/view/6777/4943>> Acesso: 30 fev 2024.

JUNGBLUT, Airton Luiz. Práticas ciberativistas, agência social e cibercontecimentos/Cyberactivistic practises, social agency and cyberfacts. **Vivência: Revista de Antropologia**, v. 1, n. 45, 2015.

KÄMPF, Cristiane; DIAS, Rafael de Brito. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1155-1160.

KAUR, Rupi. **Meu corpo minha casa**. / tradução de Ana Guadalupe. – São Paulo: Planeta, 2020.

KONDO, Cristiane Yukiko, et. al. **Violência obstétrica é violência contra a mulher**: mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. 1 ed. São Paulo: Fórum de mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/_files/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273678127273.pdf?index=true>. Acesso jan 2023.

LAPLANTINE, François. **A descrição etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LAVE, Jean. A Comparative Approach to Educational Forms and Learning Processes **Anthropology & Education Quarterly**, Vol. 13, No. 2, Anthropology of Learning. 1982, pp. 181-187. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3216629?readnow=1&oauth_data=eyJlbWFpbCI6ImNhem9sYmVudGVzc2FsZXNAZ21haWwuY29tIiwiaW5zdGl0dXRpb25JZHMlOltLCJwcm92aWRlciI6Imdvd2dsZSJ9&seq=1#page_scan_tab_contents> Acesso 23 jan 2024.

LAVE, Jean. Aprendizagem como/na prática. **Horizontes Antropológicos** [Online], 44 | 2015, posto online no dia 02 Novembro 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ha/a/FVKz5RJSyg8YWrV7HpfXQnQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso 26 abr 2024.

LEAL M.C., GAMA S.G.N. **Cadernos de Saúde Pública Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014.

LEAL MC, Silva AAM, DIAS MAB, GAMA SGN, RATTNER D, MOREIRA ME, et al. **Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento**. 2012.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LÉVY, Pierre. **Cibercultura**. Tradução de Carlos. Irineu da Costa.- São Paulo: Ed. 34, 1999.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das Epistemologias do Sul 1/Digital social networks and the humanization of childbirth in the context of the Epistemologies of the South. **Revista FAMECOS**, v. 24, n. 1, p. 1-17, 2017.

LUZ, Lia Hecker. **O renascimento do parto e a reinvenção da emancipação social na blogosfera brasileira: contra o desperdício das experiências**. 2014. 155 f. 2014. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação**. Série Pesquisa, Brasília: Liber Livro Editora, 2ª. Edição, 2010.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes antropológicos**, v. 15, p. 129-156, 2009.

MEDEIROS, Lidiele Berriel de. **Rotas de fuga no ciberespaço: Itinerários de mulheres em busca do parto desejado**. Porto Alegre, 2014. Disponível: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/128047/000973989.pdf?sequence=1>> Acesso em: 30 ago. 16.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1103-1112, 2014.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Educação Escolar Quilombola**. 21 de dezembro de 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/mec/pt-br/etnico-racial/educacao-escolar-quilombola>>. Acesso em: 04 julho 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Secretaria executiva. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: MS, 2002.

MUAZE, Mariana. Maternidade silenciada: amas de leite no Brasil escravista, século XIX. **OSÓRIO, Helen; XAVIER, Regina. Do tráfico ao pós-abolição. Trabalho compulsório e livre e a luta por direitos sociais no Brasil. São Leopoldo: Oikos**, p. 360, 2018.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antonio da Silva. **Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia**, de Jorge de Rezende. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar., p.155-172, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/26038/Artigo%209.pdf?sequence=2&isAllOwed=y>>. Acesso dia 20 abr. 2022.

NUNES, Gabriella Zilli, *et. al.*. **Cesariana: uma escolha da mulher**. Santa Catarina, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/4919>>. Acesso dia 15 nov. 2022.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto**. São Paulo: Ground, 2003.

ODENT, Michel. "Bebês precisam nascer entre uma grande diversidade de micróbios familiares" - Guru do parto natural, médico francês defende que as mulheres deem à luz em casa. **GZH**. 20/02/2017. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/vida/noticia/2017/01/michel-odent-bebes-precisam-nascer-entre-uma-grande-diversidade-de-microbios-familiares-9473917.html>>. Acesso em out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948.

ORTNER, Sherry B.. CONFERÊNCIAS DE SHERRY B. ORTNER. In: **Reunião Brasileira de Antropologia** (2ª: Goiânia: 2006) Conferências e práticas antropológicas / textos de Bárbara Glowczewski, ... (et.alli.); organizadores Miriam Pillar Grossi, Cornelia Eckert, Peter Henry Fry. – Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 17-45.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene**. Fortaleza, 2011 jul/set. p. 471-477. Disponível em: <<file:///C:/Users/carol/Downloads/Dialnet-AutonomiaNoPartoNormalNaPerspectivaDasMulheresAten-8802017.pdf>>. Acesso jan 2021. QUIJANO, Anibal. **Don Quijote e los molinos de viento em América Latina**. Investigaciones Sociales, año X, n. 16, pp. 347-368 [UNMSM / IIHS, Lima, 2006].

RIFFEL, Mariene Jaeger. **A ordem da humanização do parto na educação da vida**. 2005. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

RIFIOTIS, Theophilos (et al.). **Antropologia no ciberespaço**. Florianópolis. Editora da UFSC, 2010.

ROMANELLI, Geraldo. A entrevista antropológica: troca e alteridade. **Diálogos metodológicos sobre a prática de pesquisa**, 1998.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SANTOS, Rodrigo Gomes dos. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Revista Estação Científica UNIFAP**. Macapá, v. 6, n. 2, p. 43-52, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1699/rafaelv6n2.pdf>>. Acesso ago. 2023.

SALES, Carolina Bentes de Oliveira. **Rede de apoio ao parto humanizado: um estudo sobre as aprendizagens e saberes das mulheres em um grupo do Facebook**. 2017.

SARDENBERG, Cecília Maria Bacellar. **Conceituando “empoderamento” na perspectiva feminista**. 2012.

SCOTT, Kathryn D. *et. al.* A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 180, n. 5, p. 1054-1059, 1999.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 2783-2794, 2012.

SILVANI, Cristiana Maria Baldo. Parto humanizado - Uma revisão bibliográfica. Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf>> Acesso 20 nov 2022.

SOUSA, Noélia Alves de. **"Sábias mulheres: uma investigação de gênero sobre parteiras no sertão do Ceará. (1960-2000)."** Rio de Janeiro: UFRJ (2007).

SOUZA, Larissa Velasquez de. **‘Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir’ violência obstétrica no Brasil: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015) / Larissa Velasquez de Souza; orientada por Tania Maria Dias Fernandes.** – Rio de Janeiro: s. n., 2022.

SOUZA, Elizeu Clementino de. **(Auto)biografia, histórias de vida e práticas de formação**. Edufba, 2007. P. 59-74. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f5jk5/pdf/nascimento-9788523209186-04.pdf>>. Acesso: jan de 2018.

TORNQUIST, Carmen Susana et al. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso 15 nov. 2015.

VENEZUELA. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007. Disponível em:

<https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf>. Acesso 10 out. 2023.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: <<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/download/10977/6250/18568>>. Acesso 31 mar. 2024.

ZANARDO, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Revista Psicologia & Sociedade**. v. 29, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/i/2017.v29/?section=ARTIGOS>>. Acesso jan 2023.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Carolina Bentes de Oliveira a colaborar com a pesquisa intitulada “HUMANIZAÇÃO DO PARTO E PROTAGONISMO FEMININO: UM ESTUDO SOBRE A AGÊNCIA DE MULHERES NA BUSCA PELA VIVÊNCIA RESPEITOSA DE PARTO”. **Você não deve participar contra a sua vontade.** Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Você também pode, a qualquer momento, recusar-se a continuar a entrevista ou mesmo retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto pela coordenadora da pesquisa. Por outro lado, a qualquer momento, você pode ter acesso a informações gerais referentes à pesquisa, através dos telefones/e-mails da coordenadora apresentados ao final deste termo.

Hoje, na maioria dos partos vaginais, dentro da lógica médico-hospitalar, adotam-se procedimentos padrão e rotinas que fazem da mulher simples “paciente” em um processo de industrialização do parto, segundo Michel Odent. Se observarmos esse cenário a partir da perspectiva de Sherry Ortner e os modos de operar a agência de cada sujeito dentro dos contextos culturais, pode-se afirmar, que a partir dessa lógica, houve sucessivas transferências de agência/protagonismo, não sem resistência, que conduziu ao que se conhece hoje como cultura cesarista e à luta pela humanização do parto. Nossa intenção é, portanto, compreender como a busca por um parto humanizado e a presença de parteiras urbanas nesse cenário restitui o protagonismo feminino e aceita a presença de saberes diferentes dos ditos científicos, como de práticas sociais e matrizes do conhecimento popular e tradicional.

Como outras pesquisas etnográficas, esta oferece um “risco mínimo” aos participantes, semelhante aos riscos envolvidos em qualquer relação social fora do contexto de pesquisa. Seus benefícios potenciais são: a) Compreender quais conhecimentos são mobilizados pelas mulheres na construção da luta pelo parto humanizado e se estes contribuem para uma vivência mais autônoma com seus corpos, maternagem e ser feminino; b) Identificar estratégias e táticas articuladas por mulheres para incentivar a busca pelo parto humanizado; c) Analisar a percepção das mulheres sobre mudanças na assistência ao parto, a partir do respeito aos saberes construídos fora dos consultórios médicos.

Responsável pela pesquisa:

<p>Nome: Carolina Bentes de Oliveira Instituição: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Waldery Uchoa, n. 1. Benfica Telefones para contato: 85 996855504// E-mail: carolbentessales@gmail.com</p> <p>Nome: Alcides Fernando Gussi Instituição: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Waldery Uchoa, n. 1. Benfica Telefones para contato: 85 3366 7663 – 85 98920 2677//E-mail: agussi@uol.com.br</p>

Eu, _____, ____ anos, RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que participo desta pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
----------------------------------	------	------------

Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
-------------------------------	------	------------

Nome do Responsável legal/testemunha (se aplicável)	Data	Assinatura
--	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
--	------	------------