

18º Congresso Brasileiro de Sociologia

26 a 29 de Julho de 2017, Brasília (DF)

Grupo de Trabalho: Sociologia Clínica

O TEMPO VIVO DAS MEMÓRIAS DE MULHERES: LEMBRANÇAS DO GESTAR, PARIR E DO PÓS- PARTO

Luciana Nunes Fonseca¹

Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva²

¹ Doutoranda em Sociologia na Unb e pesquisadora visitante no DCS/Fiocruz. Contato: fonseca.luciana@gmail.com e (61) 98282-0678.

² Mestre em Sociologia pela UFG e professora na UniEvangélica. Contato: mariagomide@hotmail.com e (62) 9954-0591.

O TEMPO VIVO DAS MEMÓRIAS DE MULHERES: LEMBRANÇAS DO GESTAR, PARIR E DO PÓS-PARTO

Luciana Nunes Fonseca
Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva

Resumo: Esse artigo emergiu do interesse de “colhermos” memórias de mulheres que remontam ao tempo em que estavam grávidas, do parto e do pós-parto. Para tanto, usamos a abordagem qualitativa e a postura clínica. Foram entrevistadas mulheres que tiveram bebês em maternidades públicas de Brasília (DF) e Goiânia (GO), nos anos entre 2007 a 2017. Também foram entrevistados(as) profissionais da assistência obstétrica dessas cidades, no mesmo período. A abordagem foi a da Sociologia Clínica, num diálogo com estudos das identidades laborais de profissionais da saúde. Essa abordagem procura apreender a história como momentos de rupturas e de continuidades, vistos como respostas de indivíduos e grupos frente a situações paradoxais (GAULEJAC, 2005). O resgate das lembranças de mulheres em torno da reprodução e a construção de quadros sociais da memória (HALBWACHS, 1990), nos possibilitou compreender as memórias como um constante reconstruir de experiências passadas. O nosso olhar voltou-se às mulheres como sujeitos que gestam, parem e nascem como mães, concomitantemente ao compartilhamento de simbologias e reflexões sobre práticas obstétricas.

Palavras Chave: saúde, mulheres, memórias, assistência obstétrica.

Introdução

À palavra-mulher
Nadar profundo requer tempo
Tempos, ritmos
(Contra)tempos estão por trás das letras
Lá onde as palavras ainda não tocaram
Novo, criativo
é mergulho, é sentido em construção
Um útero-mulher:
acolhe, unifica e gesta
Uma voz disserta
palavras paridas na ternura-força do parto-saber
que brotam, sangram e nascem dentro e por meio do saber-mulher
(Luciana Fonseca, Abril de 2017)

Desde quando iniciamos³ a aproximação com as mulheres sujeitos da pesquisa, coautoras deste texto, percebíamos que cada uma tinha um modo singular de se colocar diante do convite para compartilhar as suas experiências de parto. Quase todas aceitaram participar imediatamente. Conforme estabelecíamos os contatos, também percebíamos que as tentativas de encontro não concretizadas iam nos remetendo a uma percepção das

³ As entrevistas e observações referentes ao contexto de Brasília foram realizadas pela pesquisadora Luciana Nunes Fonseca. As entrevistas e observações referentes ao contexto de Goiânia foi realizada pela pesquisadora Maria Fernandes Gomide Dutra e Silva.

delicadezas e contornos dessa pesquisa. Era como se as paridas estivessem apalpando as sensibilidades para que as experiências de parto e nascimento dos seus(suas) filhos(as) pudessem ser sentidas, para que suas narrativas também pudessem ser paridas.

Acessar as intimidades, fundamentalmente as intimidades que remetem a sentimentos tão originários como os do parto e do nascimento, não é instantâneo, é processo, é laço de conto transpassado no tempo. Por isso mesmo, a disponibilidade, os tempos e ritmos das entrevistadas foram respeitados e durante todo o percurso em que o vínculo com elas estava estabelecido, inclusive ficou combinado que elas poderiam declinar de quaisquer perguntas e até mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e caso não se sentissem à vontade por algum motivo.

As expressões, as vozes e os olhares, eram tão singulares quanto as próprias narrativas enunciadas. As nossas interlocutoras são mulheres que tiveram partos no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e na Maternidade Nascido Cidadão, localizada em Goiânia-GO, no período de 2007 a 2017, e profissionais de saúde atuantes nos Centros Obstétricos (CO) desses serviços. As paridas pesquisadas têm idades de 21 a 40 anos, e há quem se considere como branca, negra ou amarela.

Tivemos contato com nove mulheres, das quais sete compartilharam conosco as suas experiências de gestar, parir e do pós-parto. Cinco delas eram com mulheres paridas, que relataram suas experiências de parto e duas eram enfermeiras, que relataram as suas práticas profissionais. Algumas das interlocutoras já eram conhecidas das pesquisadoras, uma delas é professora, profissional de saúde, atuante junto às políticas públicas de saúde das mulheres, outras duas foram alunas de uma das pesquisadoras e são jovens mães, a quarta delas é mãe de outra aluna desta pesquisadora e a quinta mulher é da família de uma das pesquisadoras. As enfermeiras foram indicadas por alguém conhecido. Todas elas nos receberam com muita afabilidade e estavam à vontade para se expressar e, às vezes, falar mais de uma vez sobre uma mesma situação. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Especialmente neste artigo descrevemos e analisamos duas biografias de parto.

O contato com as mulheres envolvidas com a gestação, o parto e a assistência em Goiânia teve início durante o último ano da graduação em Ciências Sociais, na Universidade Federal de Goiás (UFG), entre 2010 e 2011, durante a pesquisa sobre a assistência obstétrica na Maternidade Nascido Cidadão. O foco, à época, era ter acesso a serviços de assistência ao parto e nascimento a partir de ocupações pouco valorizadas na hierarquia hospitalar como as técnicas de enfermagem, mesmo em propostas fundamentadas nos princípios da humanização. Durante cerca de um mês, foi possível observar a rotina de trabalho não só das técnicas, mas também de profissionais da enfermagem generalista e obstétrica, da medicina obstétrica e pediátrica, além de suas narrativas sobre o parto e a rede de assistência. A interação “face a face” (STRAUSS, 1999) com as próprias mulheres foi possível ora mediante a presença desses profissionais, ora em sua ausência, durante a espera por consultas de pré-natal ou de pós-parto na recepção da maternidade. Além da observação com registro de campo, foram realizadas quatro entrevistas com técnicas de enfermagem, uma entrevista com o diretor da instituição e cinquenta questionários rápidos com mulheres em idades gestacionais variadas, que apresentaram informações importantes sobre suas expectativas sobre o parto e os serviços assistenciais.

Já durante o mestrado em Sociologia na UFG, o tema foi abordado a partir da atuação da enfermagem e da medicina obstétricas e a pesquisa, realizada entre 2013 e 2015, apresentou diversas facetas institucionais e não institucionais de atenção ao Parto e Nascimento⁴. As “mulheres dos partos” estiveram sempre presentes, nas narrativas de cada profissional, nas filas de espera aguardando atendimento, no choro das residentes e doulas que vivenciaram cenas de violência obstétrica e algumas mulheres que, em 2017, se disponibilizaram a revisitar suas memórias. Ao todo foram entrevistadas(o) oito profissionais da enfermagem obstétrica (sendo sete do sexo feminino e um do masculino), uma doula de maternidades públicas e privadas e cinco

⁴Algumas reflexões sobre a pesquisa de mestrado foram publicadas em artigo em coautoria com Jordão Horta Nunes, na Revista da ABET, e pode ser encontrada no seguinte endereço eletrônico:

<http://periodicos.ufpb.br/index.php/abet/article/view/32913>

profissionais da medicina (dois médicos obstetras, duas médicas obstetras e uma médica pediatra).

É importante também mencionar a coautora desse artigo como uma dessas mulheres. Foi a partir da experiência da maternidade, e de dois partos normais, que o interesse pela temática desenvolveu-se. O primeiro, ocorrido em Ceres, cidade localizada no estado de Goiás, na casa de parto do hospital público São Pio X. O segundo, ocorreu em Goiânia, em um hospital privado, sem estrutura física adequada para o parto normal. Ambos desenvolveram-se sem a necessidade de intervenções cirúrgicas, com a presença de uma médica obstetra, de um acompanhante e, ao final, da médica pediatra.

O contato com as parturientes, paridas e a assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto em Brasília se iniciou a partir da experiência de trabalho na Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, que durou pouco mais de sete anos. Nesse período, houve uma aproximação muito significativa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM, 2004), especialmente com as políticas públicas (pp's) de saúde sexual e saúde reprodutiva. Durante esse período também houve muito envolvimento com o Programa Nacional Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PNTPT, 2000), o que possibilitou o conhecimento e aproximação dos saberes e práticas de parteiras e do parto domiciliar em várias localidades da Amazônia Legal e do Nordeste.

Atualmente, no curso de doutorado em Sociologia na Universidade de Brasília (Unb), o interesse de pesquisa está relacionado à análise da dimensão da subjetividade, na busca de compreender a singularidade do trabalho gerencial, o universo da gestão, no centro obstétrico do Hospital Universitário de Brasília(HUB), tendo como base os relatos das(os) diretoras(res) e do resgate de histórias de vida no trabalho. Alguns objetivos seriam: (i) perceber as formas nas quais a história de vida profissional é subjetivamente vivida, (ii) perceber como o trabalho realizado por profissionais de medicina e enfermagem, bem como o ambiente sociomental, influenciam na assistência obstétrica oferecida às mulheres.

Para elaboração deste artigo, foram estabelecidas relações de confiança com as interlocutoras, que dependeram de contatos e aproximações respeitadas, ouvidos e olhares não julgadores. Elas compartilharam as suas

experiências enquanto as suas memórias iam sendo colhidas. Interessante como algumas delas iam relacionando os fatos ocorridos na gestação, parto e pós-parto com outras referências e situações de suas vidas.

Por meio dos relatos, lembranças e situações que tanto marcaram a mulheres paridas, tentamos alcançar as suas memórias e estabelecer conexões de sentido entre elas, de modo a refletir sobre possíveis representações sociais do fenômeno reprodutivo. E é nesse sentido que esta pesquisa busca contribuir com os estudos relacionados a essa temática, reconhecendo a dimensão da subjetividade nas vivências da gestação, do parir e do pós-parto, em suas interfaces com a assistência obstétrica.

Parteiras de palavras: abordagem e possibilidades teórico-metodológicas

“Para apalpar as intimidades do mundo é preciso saber:
que o esplendor na manhã não se abre com faca.”
(O livro das ignoranças, Manoel de Barros)

A memória coletiva é construída por meio das relações com os nossos grupos de referência, como família, trabalho, amigos(as). Mas é o indivíduo que recorda e acessa memórias, ainda que as construções sociais possam não dar-lhes visibilidade e reconhecimento. Acerca disso, Bosi (2010) explicita: *“por muito que deva à memória coletiva, é o indivíduo que recorda. Ele é o memorizador e das camadas do passado a que tem acesso, pode reter objetos que são, para ele, e só para ele, significativos dentro de um tesouro comum”* (p. 411). Para Habwachs, a memória individual é uma perspectiva sobre a memória coletiva. As trajetórias, encaixes e desencaixes sociais modificam nossas percepções do real. Nesse sentido,

A lembrança é reconhecimento e reconstrução. É reconhecimento, na medida em que porta o "sentimento do já visto". É reconstrução, principalmente em dois sentidos: por um lado, porque não é uma repetição linear de acontecimentos e vivências do passado, mas sim um resgate destes acontecimentos e vivências no contexto de um quadro de preocupações e interesses atuais; por outro, porque é diferenciada, destacada da massa de acontecimentos e vivências evocáveis e localizada num tempo, num espaço e num conjunto de relações sociais. (Habwachs, 1990).

A existência das lembranças e do reconhecimento dependerá também do grupo social do qual o indivíduo fez parte, uma vez que as lembranças têm como referência as relações sociais, num sentido de que são consequências

dos processos coletivos, embora seja individualmente elaborada. Cada pessoa lembra de forma diferente de uma mesma situação ocorrida em um mesmo grupo, fazem enquadramentos diferentes do real. Para Halbwachs (1990) a memória é uma atividade/ação de reconstrução e reconhecimento, que por meio das lembranças, enuncia "quadros sociais". A partir da noção de Halbwachs de que as memórias individuais são estabelecidas em relações com grupos sociais e com instituições sociais como escola, família, trabalho, é possível sustentar a proposta de lançar olhares e percepções sobre as biografias de partos, que serão descritos mais à frente, em suas interrelações com profissionais de saúde e com as instituições hospitalares onde eles ocorreram.

A reflexão de Scott e Lyman (1968) também é interessante aqui. Os autores afirmam que a fala consiste em um instrumento de grande importância para a constituição das relações humanas. Assim, aqueles que interagem e fazem declarações diante de uma situação inquiridora desenvolvem estratégias de preservação de si, ou do *self*. Portanto, deixarão de abordar memórias involuntárias e indesejáveis importantes para o processo formativo dos indivíduos. Cestari (2011) relembra algumas abordagens como a de Pollak para afirmar que muitas vezes os indivíduos optam pelo esquecimento e o silêncio como fuga para não lembrarem de momentos desagradáveis. Também lança mão de Halbwachs para reafirmar sobre a necessidade de que o contexto histórico social seja elemento relevante para a compreensão das narrativas e da formação de quem narra suas trajetórias. É nesse sentido que a concepção de Maurice Halbwachs torna-se tão importante para esse estudo. O desafio de análise, portanto, é compreender as palavras ditas, as não ditas e as emoções expressas.

Além das sutilezas simbólicas advindas das mulheres, é essencial pensarmos sobre as interpretações sobre elas, sobre o parto e sobre o cuidado. Portanto, pretendemos também refletir, mesmo que de modo breve, sobre o modo como diversos profissionais envolvidos na assistência obstétrica constituem suas narrativas e os discursos profissionais das categorias. Claude Dubar (2005), sobre a formação de identidades profissionais, também afirma que esse processo possui um duplo caráter, sendo o primeiro biográfico e o segundo, relacional. A identidade dos indivíduos, a partir disso, seria “o

resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (DUBAR; 2005). Nesse sentido, as memórias de trabalho de profissionais relacionados à assistência ao parto trazem referências de experiências pessoais e relacionais. E, muitas vezes, o contato com mulheres em trabalho de parto trouxe oportunidades de reelaboração de princípios e atitudes sobre a própria maternidade e o parto e sobre atuação profissional. Ana, chefe de enfermagem em uma maternidade pública de Goiânia, por exemplo, ao ser descrever sua carreira profissional, relata de modo emocionado sua relação com tantas mulheres que experimentaram o parto:

Depois de atuar como técnica em enfermagem por 5 anos, resolvi fazer a faculdade de enfermagem, porque assim que eu terminei o curso de técnico eu já fui trabalhar com obstetrícia na maternidade e me preocupava muito em ver aquelas mulheres em trabalho de parto abandonadas em quartos sozinhas, sem apoio, chorando, gritando, às vezes. Eu podia fazer muito pouco por elas. Então eu vi que estava numa área que eu gostava e estava com mãos atadas para poder ajudar. Então resolvi que queria fazer enfermagem e me especializar em obstetrícia para poder ajudar essas mulheres.

Assim, apresentamos as biografias de parto de duas mulheres, uma de Brasília e outra de Goiânia. Ainda que em fase inicial essa pesquisa já dá o tom das aproximações entre elas e outras mulheres e das interrelações entre as suas memórias e as práticas de profissionais de saúde.

A pele fina, o frio e o contato

“O começo é uma soma de começos.
O início está no momento em que o ego inicia”
(Winnicott; 1982)

Manuela, atualmente com 39 anos, estava grávida pela segunda vez aos 31. Era uma gestação não planejada e fruto de uma relação que dura 16 anos. Ela temia o parto, aterrorizava-se pela ideia de ficar sozinha durante o trabalho de parto, esse temor vinha acompanhado pelo medo de tremer de frio e da sensação de morte. Havia uma certeza do desamparo, que ocorria paralelamente a outros pensamentos que desqualificavam o temor, colocando-o como excessivo, afinal de contas, e conforme ela relata, a criança precisava nascer. Formavam-se aí uma composição de pensamentos e sentimentos que

estavam se justapondo, mas não se invalidavam. Isso tinha como fundamento a experiência anterior de parto, que havia ocorrido no HMIB, mesmo local onde aconteceria o segundo parto. Pra ela,

Ter bebê é ótimo, mas a hora do parto! Eu já ficava naquela angústia, ai meu Deus, o parto, o parto. Porque eu na minha gravidez não tenho problema nenhum(...). Só que nessa eu fiquei com essa angústia: ai, a hora do parto! Jesus me ajuda pra não doer.

A angústia pelo receio da solidão, o medo da dor, a ansiedade sobre a saúde do(a) filho(a) são elementos constantes nos relatos de mulheres. Assim como vivenciou Manuela, também sentiram semelhantes emoções Camila, que teve sua primeira filha em Ceres, no hospital São Pio X e a segunda na rede privada de Goiânia, ou também Cida, 40 anos, com cinco filhos de idades bastante variadas, sendo os últimos, duas meninas nascidas em uma das maternidades públicas de Goiânia. Rezende (2012), ao analisar as emoções de mulheres frequentadoras de grupos de gestantes do Rio de Janeiro, alega que sentimentos como a ansiedade muitas vezes tornam-se mais evidentes a alegria e a felicidade, diante do quadro de constantes transformações vivenciadas na gestação e parto. Do mesmo modo surge o medo, sobretudo o medo da dor, a dor do parto, a dor do pós-operatório, das primeiras amamentações e outros. Com base em Norbert Elias(1990) Michel Foucault(1977) e Francisco Ortega(2006), destaca-se que a partir dessas emoções, as mulheres apresentam um cenário de insegurança e *“falta de controle sobre seu próprio corpo em uma sociedade e época nas quais o controle de si é elemento chave”* (REZENDE, 2012).

Para Elis, uma das pioneiras na criação de casas de parto em Goiás e também para Helena, enfermeira obstetra docente na Universidade Federal de Goiás, a falta de habilidade dessas mulheres de lidarem com essa gama de sentimentos e também o interesse e o modo de lidar dos diversos profissionais contribui para a formação de uma rede que presencia diversas situações de práticas não recomendadas sobre a assistência obstétrica, inclusive a intervenção cirúrgica. Tratando da manutenção das altas taxas de cesarianas no Brasil, Elis destaca diversos elementos importantes, fazendo críticas inclusive aos projetos políticos pedagógicos das escolas médicas nacionais. A formação médica, a atitude passiva das mulheres, a falta de equipes

multiprofissionais e a falta de informação de qualidade no pré-natal e a cultura distorcida sobre o parto e sobre valores societários seriam outros deles.

A mulher já chega com essa visão deformada do parto. E o médico, o mais prático pra ele realmente é a cesárea, ele vai cair nesse canto da sereia da cesárea. Porque pra ele é mais fácil. Ele não sai com aquela determinação de que tem que diminuir a cesárea no Brasil. Ele deveria sair, os aparelhos de formação médica deveriam estar colocando isso na cabeça do profissional, “nós temos que reduzir!”. Nossas taxas de cesarianas são uma epidemia, isso é horrível! Isso é um vexame! Mas não tem essa formação. Aí o que eles fazem? Eles acomodam. A mulher chega insegura e com medo e aí eles falam “então vamos fazer uma cesárea porque você não tem suporte emocional.

Retornado ao caso da Manuela, ela relata que o parto de Cecília ocorreu antes do previsto. O parto foi fisiologicamente antecipado, ou seja, sem que houvesse intervenção médica, ela entrou em trabalho de parto na 38ª semana gestacional. Pra ela, o fato de ter feito muito esforço no dia anterior acabou influenciando nessa situação. Às 8:00h da manhã ela foi internada e, depois de uma médica romper artificialmente a bolsa, nos termos biomédicos fez amniotomia, e da realização de 3 forças após contrações, a sua filha nasceu com 49 centímetros e 2,750 kg, às 9:40h.

Ela relata com tranquilidade que *“você tem que expulsar o nenê, ele tem que nascer. “Dói, dói sim. Mas você só quer se livrar daquela dor e você tem que fazer aquela força. Ou vai ou vai, o nenê tem que sair”*. Em voz alta ela vai vasculhando as suas lembranças sobre as condições de nascimento da Cecília, e a tranquilidade foi momentaneamente substituída por tristeza e por um sentimento de impotência, quando ela fala: *“ela nasceu muito magrinha e comprida. Eu até estranhei. Achei muito diferente da outra (filha, grifo nosso), muito fininha, aparecia o osso, a ‘pelinha’, o osso. Não sei porquê. Porque eu me alimentei bem, descansei, dormia toda tarde”*.

Entremeada por conexões de sentido, vai sendo revelado que o pavor da repetição da sensação de morte a leva a perceber o parto como um grande risco e uma grave ameaça que precisa ser resolvida, expulsa. Em suas palavras sobre o parto da primeira filha:

E eu tava com medo do outro parto, porque no outro parto, assim que eu tive o nenê eu fiquei sozinha numa sala, né, e eu acho que foi o ar condicionado, eu pensei que eu ia morrer porque eu tinha feito muita força e aí levaram o bebê, né, e eu

comecei a me tremer, então eu me debatia em cima da maca.
Então eu tava com muito frio.

A vivência silenciada da solidão durante o trabalho de parto e a separação precoce da primeira filha provocou uma marca que ficou perdida no enredo da sua história pessoal. Foi uma experiência que não pôde ser sabida, foi memorizada sem ser representada emocionalmente, vivenciada, sem ser reconhecida socialmente. É um paradoxo existencial que exigiria um exercício do imaginário para criação de sentido. É possível perceber que o espaço social para reconhecimento das dores do parto, tanto da ordem do corpo como da emoção, ficou apertado e ambíguo, à medida em que Manuela lembra das falas de enfermeiras acerca do esquecimento da dor, ao mesmo tempo em que reconhece que não esqueceu: *“As enfermeiras falam, né? Ah você esquece e daqui a pouco você tá aqui de novo”*.

Há uma violência existencial imposta que deslegitima o sujeito de sentir as suas próprias dores. E preocupada com a possibilidade de repetir a experiência do primeiro parto, pede para que a equipe de saúde da maternidade disponibilize a ela um cobertor. Ela estava num quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto) onde não lhe foi oferecida água e nenhuma outra bebida ou comida, nenhum método não farmacológico de alívio da dor. Foi realizada episiotomia em seu corpo, que é uma incisão feita na área muscular entre a vagina e o ânus (períneo), com o objetivo de ampliar o canal de parto. Sobre isso ela relata: *“eu me recordo que, quando foi cortar falaram: ‘ela não precisa cortar, sabe, eu ouvi eles conversando, é um residente que faz, não é um staff. Eu ouvi, não precisa, não precisa, mas aí cortou. E quando você tá com aquela dor da contração, você não sente o corte.’* A literatura médica menciona que a recomendação de episiotomia é de 15 e 30% dos casos de parto (Alves, 2000), ou seja, quando houver evidência de sofrimento do feto ou da mulher, ou para contribuir com o desenvolvimento do parto, nas ocasiões em que o períneo é responsável pelo seu desenvolvimento inadequado (Enkin, Kierse e Renfrew, 2000). A episiotomia de rotina não se justifica por si só, uma vez que ela não traz quaisquer benefícios para a mulher e nem para a criança, cria a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no pós-parto, além de trazer mais dor e desconforto desnecessários (Goer, 1995).

Então, qual seria a razão para o residente em medicina agir como agiu? Quer dizer, porque a técnica em saúde é executada ainda que vá contra a segurança e o conforto da paciente? Embora a ideia da desvantagem epistemológica, em que o(a) médico(a) enuncia a verdade da doença e o(a) paciente enuncia a versão da doença, não seria suficiente para explicar essa situação, uma vez que outros profissionais de saúde não recomendaram a episiotomia para Manuela. Mas é evidente a existência de uma ordem não negociada entre médico-paciente, que talvez possa ser explicada por meio de quatro hipóteses: (i) um conflito de base que se projetou na relação com os colegas de trabalho, (ii) um conflito de base que se projetou na relação com a autoridade, (iii) o contato com a dor e as demandas da paciente, que provavelmente fizeram emergir demandas no atendente e determinaram a sua ação. Demandas estas de desamparo e impulsos agressivos, (iv) o exercício de um modo de agir profissional, um *ethos*, que implica em intervir, cortar (Isabel Menzies, 1960; Max Pagès, 2001; Rocco 1992). Isso pode ter impossibilitado um acordo entre colegas de trabalho a respeito da atuação profissional, mas demandaria um estudo sobre o ambiente sociomental hospitalar para que pudéssemos confrontar essas hipóteses. Essa impossibilidade de acordo entre profissionais teve como desdobramento a violência institucional, especificamente a violência obstétrica.

Podemos trazer aqui o relato de Helena, doula⁵ atuante em maternidades públicas e privadas de Goiânia, para reforçar a problemática trazida no parágrafo anterior. Assim como Manuela, a voluntária apresenta-se fragilizada e impotente diante de atitudes intervencionistas sem recomendação técnica. As doulas, no universo institucional e na cena de parto são invisibilizadas pela hierarquia entre as profissões.

Eu já tive processos de acompanhar muito parto lá no Hospital X que a mulher tava no período expulsivo e no final o médico vinha lá e “crac” com o bisturi e a mulher gritar de dor. Teve uma vez que uma residente estava assistindo o parto e o

⁵ A atividade da doula não é reconhecida como profissão, portanto não possui regulamentação ou sindicato. Porém, na CBO está pautada como ocupação, dentro da família 3221(Tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas). A atividade pode ser exercida por mulheres acima de 18 através de leituras autodidatas sobre a área ou de cursos oferecidos por organizações como a REHUNA (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento), disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/27-curso-de-formacao-de-doulas-2012>.

médico que estava coordenando o estágio dela tava assistindo pra ver se ela estava fazendo tudo direitinho. Essa menina era muito sensível, eu já tinha assistido outros partos com ela, e ela tentando de boa e o médico disse “pode cortar”. Ela olhou pro médico assim, “tá, então eu vou dar uma analgesia”, e ele, “não, pode cortar, não vai sentir nada não”. E a menina fez, porque o cara tava ali mandando, e essa mulher berrou de dor, né.

Sobre os tipos de violência simbólica existentes na assistência ao parto e nascimento, destacam-se a violência por negligência, a violência verbal, a violência física, a estrutural e a simbólica (D’OLIVEIRA *et al*, 2002 *apud* RATTNER *et al*, 2014, p. 113) que permanecem na realidade atual, como foi possível perceber na narrativa de Manuela e de Helena.

Manuela teve acompanhante na sala de parto, mas não porque tivesse exercendo um direito previsto em Lei no Brasil (Lei 11.108/2005). Mas porque a sua sogra era técnica de enfermagem, atuante naquela instituição de saúde e pôde entrar para acompanhá-la. Em trabalho de parto, sem liberdade de movimentação, deitada na cama e em posição social que demonstra as dificuldades na vivência da relação médico-paciente. Segundo ela: “*Mas eu não sabia o nome deles. Eu não tive uma interação com eles não*”. Num momento do parto e do pós-parto em que todos são necessários para que a percepção e a própria maternidade aflorem, o outro apresenta-se inexistente ou até mesmo como um obstáculo a ser transposto porque não houve diálogo com o outro.

Com isso, percebe-se a não realização da relação terapêutica médico-paciente, em que pese a patologização da experiência do parto e do nascimento, além do controle/objetificação do corpo da mulher. Ressalta-se aqui que a partir do século XIX a diferenciação entre o normal e o patológico passa a ser quantificável, escalonado, e não mais baseada na essência (Canguilem, 2000). Na história da loucura estudada por Michel Foucault, a anormalidade e a degeneração eram os objetos do enclausuramento. Na contemporaneidade, o alvo da intervenção biomédica (fiscalista), da medicalização, é a própria “normalidade”. Ou seja, numa escala do normal ao patológico vai se dando um processo de patologização do normal. Nesse sentido, além da medicina e dos saberes bio-psico-médicos se constituírem como regimes de subjetivação, conforme o já apontado por Foucault, eles também atuam como instrumentos opressivos de gênero, ou “ciências da diferença”, conforme estudado por Fabíola Rohden (2001).

Nesse cenário de parto nasceu a Cecília, prematura, pequena, com a pele fininha. Não lhe retiraram às pressas de perto da sua mãe para realização de procedimentos médicos. Algum profissional de saúde limpou o sangue da pele de Cecília e a entregou à Manuela, para o contato pele a pele entre as duas. Ambas, ali, identificadas com suas peles finas e sensíveis ao contato entre elas e com um novo mundo externo que, de certa forma, nascia para as duas naquele momento.

Após o parto, como não havia leito disponível, Manuela ficou em uma maca, no corredor com a sua filha. O hospital estava sob suspeita de infecção hospitalar, o que provocou a interdição de enfermarias. Manuela e Cecília não puderam ir pra casa, receber alta do hospital, porque a mãe não estava produzindo leite. Assim que houve vaga, elas foram alojadas em uma enfermaria, que, à princípio, era reservada para mulheres cesariadas. Segundo ela: *“Fiquei num quarto com um monte de mulher. Tudo cesárea. Tudo cortada, muito mais risco de infecção. O hospital com o aspecto sujo, velho, aquele banheiro, fiquei traumatizada com esse parto”*. Conforme ela relata percebe-se também que havia um “clima” no ar ocasionado pelo um medo em torno do problema da infecção hospitalar. Manuela com medo, sem acompanhante no pós-parto, culpada por não produzir leite, e, ao mesmo tempo, obrigada a produzi-lo.

As condições do pós-parto naquela instituição hospitalar reforçavam as dificuldades do aflorar da maternidade. Uma mulher atemorizada, entristecida, como uma filha prematura que precisava ser alimentada, que passou a buscar estratégias de ação e significação para contornar a sua experiência de aflição e sofrimento e encontrar algum alívio. No pós-parto emerge uma situação muito objetiva: ela precisava ter leite para ter alta do hospital. Manuela pede para familiares trazerem de fora daquela instituição uma ocitocina nasal, de modo a contribuir com que o leite materno descesse e com isso ela e Cecília pudessem receber alta. Foram dois dias de internação que mais se pareceram com um tempo infinito.

A ocitocina é um hormônio produzido pelo cérebro e liberado durante o trabalho de parto. Sua função é induzir as contrações do músculo uterino favorecendo o desenvolvimento do parto. Além disso, ele estimula a secreção do leite materno. Esse hormônio também é produzido sinteticamente em

laboratórios, está disponível no mercado, e vem sendo usado para regular o comportamento materno. Michel Odant, obstetra francês e Diretor do Primal Health Research Center em Londres, caracteriza a ocitocina como “hormônio tímido” e “hormônio do amor”, que para ser liberado no organismo, é necessário silêncio, um ambiente acolhedor, conforto e pouca luz.

Manuela relatou que na consulta puerperal, na Unidade Básica de Saúde, ela recebeu orientações sobre planejamento reprodutivo e também lhe foi falado sobre direitos trabalhistas, licença maternidade. *“Esse posto é muito bom. Eles (enfermeiras) falam: olha você tem direito a licença maternidade de tantos dias, não tenha medo de perder seu emprego, é seu direito”*.

Quando perguntada sobre o primeiro mês depois do nascimento de sua filha, Manuela relata com muita brevidade e uma certa trivialidade: *“Ai, pelo fato de ser a segunda e de eu já saber como que era, eu me senti bem. Não era novidade. Eu me senti bem. Eu estava amamentando, tava magra”*. Ela continua relatando:

Me sentia muito melhor. Porque na primeira eu ficava muito preocupada com trabalho (...).Me sentia muito bem, estava mais preparada, sabia o que precisava e o que não precisava, é... dar mamar, fazer dormir, limpar, estava mais segura e curti mais, curti ela. Me senti bem.

A vida tenta tomar seu ritmo e aos poucos a criança vai ganhando peso, dá sinais de reconhecimento da mãe e dos outros familiares. Quanto a Manuela, ficou a impressão de que seu sofrimento passava, solto, sem nenhuma ligação com o que foi vivido, numa ausência de representação, numa impossibilidade de apiedar-se de si.

“O parto idealizado, o parto feito e o cuidado do parto”

“Há tanta coisa que sem existir , existe,
existe demoradamente, e demoradamente é nossa e nós...”
(Fernando Pessoa; 2006)

Nina é natural de São Paulo, mas mora em Goiânia há quase duas décadas. É graduada e pós-graduada na área jurídica e atualmente estuda para concursos públicos, além de atuar como monitora em um instituto de pós-graduação e preparatório para exames na mesma área. Tem 41 anos, é casada e mora com seu filho mais velho, com sua filha, além de seu marido, em um bairro de classe média da cidade. Teve duas gravidezes, nenhum aborto e descreve seu segundo parto, ocorrido em 2002, com clareza. Durante

o pré-natal passou por várias consultas, chegando a realizar mais de uma ao mês.

Nina teve seu primeiro filho por meio de uma cesariana em uma das maternidades privadas de maior prestígio na cidade à época, bem conceituada no mercado obstétrico, mas declarou ter se sentido abandonada durante o período de internação. Já o segundo parto ela desejava ter sido “natural”, por considerar, naquele momento, a opção mais saudável para si e para seu bebê, opinião que não é mantida atualmente, por reconhecer riscos distintos nas duas opções. Apesar de seu desejo, na 39ª semana gestacional, foi realizada uma segunda cesariana, desta vez na maternidade pública Nascer Cidadão. A escolha do hospital foi baseada nas avaliações que o consideravam uma instituição “humanizada” e de qualidade e, tendo sido inaugurada em 2000, apresentava-se bem estruturada com equipamentos novos.

Durante a realização da pesquisa de iniciação científica realizada entre 2010 e 2011, ainda era possível perceber um local bem arejado, com jardins centrais pensados para estímulo do convívio comum, para o banho de sol diário, para a movimentação de mulheres em trabalho de parto, além da atenção cuidadosa da equipe. Por outro lado, houve relatos de profissionais (médicos e técnicas de enfermagem) que descreveram um processo de sucateamento institucional, de falta de material para procedimentos básicos. Através da observação da pesquisa durante os plantões, outros elementos tornaram-se evidentes como a inutilização de instrumentos como a “cadeira de cócoras” e a realização de procedimentos questionados pelas políticas de humanização do parto e nascimento como a manobra do *kristeller*, a episiotomia e o corte imediato do cordão umbilical. A declaração de um dos médicos foi feita logo após Marta ter dado à luz, aos 18 anos, a sua primeira filha e ter agradecido a Deus e à equipe pela assistência recebida, que segundo a jovem “*achou que seria muito pior*”. Foi um parto rápido, com palavras pacientes dos profissionais, em que a parturiente recebeu acompanhamento do esposo, mas com a presença dos procedimentos destacados anteriormente, realizados sem que ela fosse consultada. Após a conclusão das suturas, já no corredor, ao ser questionado sobre a falta do uso das “cadeiras de cócoras” ou de serem ao menos citadas como uma opção às

mulheres em trabalho de parto, o médico afirmou que elas não eram utilizadas por aumentarem a dificuldade para realização das suturas e afirma: *“é bom para a mulher, mas é difícil pro médico”*.

A intervenção cirúrgica de Nina foi indicada pelo médico de plantão, após ter conferido o intervalo de tempo entre suas contrações e ter diagnosticado ausência de dilatação e sofrimento fetal, descrição que contrariou a avaliação realizada anteriormente por um profissional do serviço de emergência de outra instituição pública de saúde, que sugeriu que Nina voltasse para casa. Em seu relato há demonstração de ansiedade e medo quanto à saúde de sua filha, já que, para ela, era possível perceber sintomas próprios do início do trabalho de parto. Assim descreve esse momento:

Eu comecei a ter contrações e achei que, de fato, eu teria um parto normal. Num primeiro momento, eu fui só pra saber mesmo, fui direto pro Materno Infantil e lá o médico mal me examinou e me mandou pra casa (...) mesmo com contrações ele me mandou pra casa. E as contrações aumentaram bastante (...) E eu estava com 39 semanas, então já estava no tempo de ter o bebê por causa das contrações(..). Esse momento foi muito angustiante pra mim porque eu, de fato, fiquei muito preocupada quando eu fui mandada pra casa, porque eu sabia, toda mulher sabe, que aquilo não era normal, aquela contração não era normal. E dizer que não era o momento simplesmente, sem eu nunca ter sentido nada daquilo, nunca tive aquela contração, nem na primeira gravidez, nem durante toda a segunda, não tive contração daquele tipo, aquilo não era normal. Fora isso, eu tinha relatado ao médico que tinha saído uma secreção diferente (...) eu não tive rompimento de bolsa, mas saiu o que elas dizem ser o “tampão” (...).

Durante a cirurgia, Nina relata a presença de um médico obstetra, um pediatra, uma enfermeira e uma instrumentista, técnica de enfermagem. Considera como excelente a assistência prestada e a atuação de cada categoria durante o pré-parto, o parto e no pós-operatório, sobretudo ao compará-la com o atendimento anterior. Mas há algo por detrás dessa percepção, talvez supervalorizada em relação a outras mulheres com experiências mais traumáticas a exemplo de Aninha, internada em um dos plantões logo após dar à luz na rua, com o auxílio de companheiras de vício no crack. O fato é que é importante se refletir sobre o mundo do trabalho, mesmo que em um breve parágrafo, e na relação entre serviço prestado e serviço recebido. As “falas” das mulheres dos partos reverberam “as falas” das trabalhadoras que cuidam. Aqui enfatizamos as técnicas do posto “pré-parto”,

que suportam pressões internas de várias camadas da hierarquia hospitalar e pressões externas da vida social e pessoal. Embora houvesse uma aparente harmonia relacional entre os profissionais, percebida no refeitório durante a “janta” ou na ceia, surgiram também situações conflituosas, conseqüentes do cansaço e da sobrecarga de trabalho. Se resgatarmos o cenário exposto por Nina, podemos dizer que ele sugere certa estabilidade de emoções a ponto de ser possível transmiti-la às parturientes. No entanto, depois de conhecer um pouco da rotina das técnicas, é possível afirmar que suas lutas cotidianas são invisibilizadas. Tânia, na época, era vinculada à maternidade desde sua fundação, e vinha de um período de licença para tratar da saúde. O emprego mal remunerado em duas instituições de saúde, as dificuldades para dormir e a dependência por medicamentos ansiolíticos, a dificuldade de manutenção de relacionamentos amorosos, as dores na coluna, a sobrecarga de tarefas domésticas e a falta de tempo para o descanso são elementos corriqueiros não só de Tânia, mas de outras trabalhadoras da área. Mesmo assim, foi possível observar uma postura interessada no cuidado respeitoso com as parturientes. Essa situação conflituosa poderia exemplificar o conceito de trabalho emocional de Hochschild (2003), que se caracteriza no esforço de uma pessoa em manter-se em situações favoráveis de trabalho, cumprindo exigências e regras institucionalizadas, mesmo que não tenha condições emocionais para isso. O efeito, destaca a pesquisadora, seria o adoecimento, intensificado muitas vezes pela manutenção de estruturas familiares marcadas pela centralidade da mulher como principal realizadora de tarefas domésticas, reflexos do que Hirata e Guimarães (2012) chamam de divisão sexual do trabalho.

Mas retornando à descrição de Nina, ela destaca outros fatores positivos da instituição como a limpeza das instalações, a possibilidade de ter um acompanhante durante o parto e durante os dois dias de internação, o contato imediato e permanente com sua filha recém-nascida, desde a saída do centro cirúrgico até no momento de alta. Como aspectos negativos aponta a dificuldade de ter que dividir o banheiro com outras mulheres e a ausência de esclarecimento prévio sobre os procedimentos que seriam realizados durante a cirurgia, assim como foi possível perceber no parto de Marta: *“só falaram que seria cesárea porque o neném já estava em sofrimento, de lá eu já fui pra sala,*

pro centro cirúrgico, e já saí de lá com o bebê e foi assim, não teve muita informação não”. Além disso, retoma a lembrança da falta de alimentação para os acompanhantes, a maioria sem condições financeiras para isso.

Aspectos conclusivos

(...) Caminante, no hai camino se hace al andar(...)
Antônio Machado (1875-1939)

Pesquisa sobre memória, especificamente esta acerca das memórias de mulheres em torno do gestar, parir e do pós-parto, nos remete à lembranças e nos faz retornar ao passado junto com nossas interlocutoras, por que esse é um trabalho que também tem como pressuposto as virtudes perceptivas de quem pesquisa. Demanda uma postura clínica e um saber agir diante dos fenômenos. E isso está diretamente relacionado a auscultar, rodar o problema, dar condições para que as coisas se apresentem. Está relacionado à atitude de possibilitar que os fenômenos perpassem as pesquisadoras e, por meio delas, encontre espaço e condições de enunciação. Essa atitude de ser perpassado(a) pelos fenômenos está presente no fato mesmo da ciência, e talvez a pergunta que se coloque seja: como esse outro nos perpassa? Além disso, escrever biografias de parto, é, no fundo, partejar lembranças e memórias, por meio dos acontecimentos e das conversas que remeteram aos seus passados. A partir das falas das mulheres percebíamos que elas mesmas já não se lembravam mais de alguns fatos, e começavam a tentar “puxar” pela memória as situações, as pessoas, num fluxo de associações.

Considera-se que essa pesquisa está em andamento e, portanto, as biografias de parto aqui apresentadas poderão ainda ser compostas por outros olhares e análises, até mesmo porque, remetendo-se a Bosi (1994), ao ouvir as memórias dos velhos de São Paulo, podem ser trazidos a público traços e fatos que talvez não foram levados em conta pela historiografia oficial. O trabalho de Ecléia Bosi abre caminhos para pensarmos sobre o fato de que histórias oficiais são formas de entender um fenômeno, mas não as únicas.

A abordagem foi a da Sociologia Clínica, num diálogo com estudos das identidades laborais de profissionais da saúde. Essa abordagem procura apreender a história como momentos de rupturas e de continuidades, vistos como respostas de indivíduos e grupos frente a situações paradoxais (GAULEJAC, 2005). E o resgate das lembranças de mulheres em torno da

reprodução e da construção de quadros sociais da memória (HALBWACHS, 1990), nos possibilitou compreender as memórias como um constante reconstruir de experiências passadas.

Esta pesquisa nos parece relevante não só por colher memórias de mulheres, mas também para mostrar que não raramente a atividade assistencial se ocupa de seres humanos como se não o fossem. E percebe-se que tanto as parturientes como profissionais de saúde têm necessidades, desejos e medos, e, por isso, é fundamental pensar acerca da importância e o papel da subjetividade na assistência à saúde de mulheres grávidas, se dispor a considerar as coisas tal como acontecem, para possibilitar tanto a sua compreensão como desenvolvimento das ações e da clínica da melhor maneira. Para Campos (2003) uma boa atenção à saúde está relacionada como a conciliação da clínica convencional/“tradicional” com a clínica do sujeito. Tendo em vista a “clínica ampliada⁶” ele argumenta sobre a importância de conhecer as características mais gerais do processo saúde-doença-atenção, mas também se dar conta das variações, ter escuta qualificada e saber perscrutar cada caso singular.

Esperamos que esse trabalho contribua como novos debates em torno dessa temática, com outras pesquisas e estudos desenvolvidos atualmente no Brasil, e proponha novas perspectivas sobre experiências de parto, práticas profissionais e direitos das mulheres e crianças recém-nascidas.

REFERÊNCIAS:

Alves, M.T.S.B., Silva, A.A.M. Avaliação da qualidade de Maternidades - Assistência à mulher e recém-nascido no SUS. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000.

BERGSON, Henri. Memória-Sonho e Memória-Trabalho. In: BOSI, Ecléa. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 16^a. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. O Sujeito Social. Belo Horizonte. Editora PUC Minas, 2004.

⁶ A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário.

- BOSI, Ecléa. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 16ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- CANGUILLEM, Georges. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2000.anguilem.
- CESTARI, Luis Artur Santos. Autobiografias e formação: aproximações problemáticas no movimento pesquisa/formação. *RBEP*, V. 92, n. 227, 2011.
- D'OLIVEIRA, A. F. ; DINIZ, C.S; SCHRAIBER, L. B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, [S.l], v. 359, p. 1681-5, 2002.
- DUBAR, Claude. *A socialização*. Construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Porto, 2005.
- Enkin, M. W., Kierse, M. J., Renfrew M. J., et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Goer, H. *Obstetric Myths Versus Research Realities*. Bergin and Garvey, 1995
- HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice, 1990.
- MENZIEZ, I.E.P. A case-study in the functioning of social systems as a defense against anxiety: a report on a study of the nursing service
- GAULEJAC, Vicent de. O âmago da discussão: da sociologia do indivíduo à sociologia do sujeito. In: *Cronos*, Natal-RN, v. 5/6, n. 1/2, p. 59-77, jan./dez. 2004/2005.
- GUIMARÃES, Nadya A; HIRATA, Helena (orgs). *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Editora Atlas, 2012, p. 79 -102.
- HOCHSCHILD, Arlie R.; MACHUNG, Anne. *The second shift*. New York: Penguin, 2003.
- LEVY, André. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Ed. Autêntica, Belo Horizonte; 2001.
- M. E. De Freitas. *Cultura organizacional, identidade, sedução e carisma*. Ed. FGV, Rio de Janeiro, 2006.
- ODANT, Michel. *Parto e nascimento no mundo contemporâneo: Conferência de abertura do Seminário BH pelo Parto Normal. Conferência de abertura do Seminário BH pelo Parto Normal*. Belo Horizonte, 2008.
- PAGÈS, Max. O sistema sócio-mental do hospital. In: *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec 2001.
- REZENDE, Cláudia B. Emoção, corpo e moral em grupos de gestante. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 11, n. 33, pp. 830-849, Dezembro de 2012.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
- SCOTT, Marvin e LYMAN, Satanford. Accounts. *American Sociological Review* (no 33, Vol. 1, pp. 46-62), 1968.
- STRAUSS, Anselm L. *Espelhos e máscaras: a busca de identidade*. São Paulo: EDUSP, 1999.