

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE ARTE E COMUNICAÇÃO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CULTURA E TERRITORIALIDADES

GISELE OLIVEIRA MUNIZ

Do Rio de Janeiro ao Rio de Almas, narrativas de nascer.

NITERÓI

2016

GISELE OLIVEIRA MUNIZ

Do Rio de Janeiro ao Rio de Almas, narrativas de nascer.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades (PPCulT) da Universidade Federal Fluminense, para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia Marques Camargo Ferraz

Niterói

2016

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

M963r Muniz, Gisele Oliveira
 Do Rio de Janeiro ao Rio de Almas, narrativas de nascer. /
 Gisele Oliveira Muniz ; Ana Lúcia Marques Camargo Ferraz,
 orientadora. Niterói, 2016.
 148 f. : il.

 Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense,
 Niterói, 2016.

 DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPCULT.2016.m.08435086712>

 1. Parto. 2. Parteiras. 3. Kalunga. 4. Medicalização do
 parto. 5. Produção intelectual. I. Ferraz, Ana Lúcia
 Marques Camargo, orientadora. II. Universidade Federal
 Fluminense. Instituto de Arte e Comunicação Social. III.
 Título.

CDD -

GISELE OLIVEIRA MUNIZ

Do Rio de Janeiro ao Rio de Almas, narrativas de nascer.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades (PPCULT) da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Ana Lúcia Marques Camargo Ferraz**
Universidade Federal Fluminense

Professora Dr^a. **Marina Bay Frydberg**
Universidade Federal Fluminense

Professora Dr^a **Marina Annie Berthet Ribeiro**
Universidade Federal Fluminense

Professora Dr^a **Maria Renilda Nery Barreto**
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca

À minha mãe, Elisabete, e à minha filha, Cora, mulheres da minha vida, por todos os aprendizados sobre ser mulher, filha e mãe.

Às mulheres Kalunga do Vão de Almas, com destaque especial e carinhoso à Fiota e sua querida família.

A todas as mulheres que vi tornarem-se mães, por todos os ensinamentos e dedicação para trazerem seus filhos e filhas ao mundo.

Às mulheres vítimas de violência obstétrica, com minha solidariedade, lamento e desejos de partos e nascimentos respeitosos para mulheres e bebês.

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho foi necessária uma rede feminina de saberes, experiências e solidariedade. Agradeço inicialmente à minha mãe e à minha filha, por minhas experiências de nascimento e parto, tão transformadoras e necessárias para as minhas escolhas e meus caminhos nessa vida e nessa trajetória de envolvimento com o universo feminino. E por toda a paciência que tiveram e contribuições que fizeram para que o processo de escrita fosse viável. Cora, sem dúvida, é a minha grande companheira em todas as jornadas.

Às mulheres que fizeram parte dessa pesquisa, compartilhando as suas histórias e suas experiências de dar à luz.

À minha comadre, Marina, parte fundamental de todas as transformações na minha vida profissional e acadêmica, sempre me incentivando e dando subsídios para que eu conseguisse fazer conquistas, já que a coragem e o desejo nunca me faltaram.

À Ana Lúcia Ferraz, minha orientadora, por acreditar neste trabalho sendo sempre sensível às minhas questões e acolhendo as minhas dúvidas, angústias e certezas. Por seu desejo de aprender junto, se envolver e se emocionar: ser afetada. Isso foi essencial nessa caminhada.

À Ana Clara das Vestes e Bianca Arruda, minhas amigas, que muito se dedicaram para que essa pesquisa acontecesse, desde o seu projeto, me acudindo nas urgências e me apoiando em várias esferas, das mais objetivas às mais subterrâneas.

À professora Marina Frydberg, por toda a dedicação, disponibilidade e acolhimento a todos nós, alunas e alunos, ainda que não fossemos seus orientandos.

Aos colegas do PPCulT, por todo o companheirismo e incentivos, em especial aos amigos que formaram a nossa “Rede dos Não Saberes”: Amanda, Mônica, Dai, Sil, Flávia, Inajara, Érika e Márcio. Juntos, compartilhamos nossas angústias e incertezas com toda a intimidade e sem constrangimentos.

Dos meus colegas do Programa, faço um agradecimento duplicado à Flávia Salazar, por ter me apoiado tanto e topado viajar para a Chapada dos Veadeiros, com filhas, dividindo perrengues e estresses, se aventurando em parte do meu trabalho de campo, além de acolher e cuidar da minha filha, Cora, quando precisei seguir viagem sozinha. E à Amanda Lima, que na reta final se revelou “a melhor pessoa”, me ajudando em tudo que esteve ao seu alcance.

À coordenação do Programa, por toda a paciência em olhar para as nossas questões individualmente, quando foi necessário. E às secretárias, Márcia e Dulce, do PPCulT, pela colaboração com nossas demandas.

À Luiza Zelesco, mulher de quem fui *doula* e, desde 2015, foi se tornando uma grande amiga no sentido mais completo dessa palavra. E, por fim, se tornou a minha *doula* neste trabalho, no momento em que pensei em desistir e “pedir cesárea!” (piada interna e risos).

Quase no fim, mas de modo algum com menor importância, à Deusamir da Conceição, minha querida Fiota: mulher que me hospedou, me acolheu para meu trabalho de campo e só por ela essa pesquisa no Vão de Almas foi possível. Sua experiência, suas histórias, sua generosidade e sua tamanha alegria iluminaram os meus dias e me encheram de esperanças. Agradecimento estendido a toda a população Kalunga, por sua luta, resistências diante de tantas desigualdades e manutenção de suas práticas culturais, que despertaram meu interesse em investir neste trabalho.

A todas as mulheres que dedicam seus dias para mudarem a forma de nascer, no Brasil e no mundo, e me alimentam com forças e energia para continuar.

Sigamos juntas!

RESUMO

Este trabalho trata de narrativas sobre experiências de parto e nascimento produzidas em dois diferentes contextos: com mulheres quilombolas do Vão de Almas, território Kalunga, no interior do estado de Goiás, e com mulheres do Estado do Rio de Janeiro. As narrativas relatam experiências vividas por mulheres entre o final da década de 1990 e o ano de 2015.

No contexto Kalunga, as mulheres vivenciam um processo de medicalização recente, que vem ocorrendo há quase duas décadas. Com isso, as parteiras locais deixaram de ser referência na assistência ao parto, que passou a ser realizado nos hospitais dos municípios do entorno. Devido à distância entre as comunidades Kalunga e os hospitais, torna-se necessário o deslocamento dessas mulheres para as cidades com antecedência para aguardar o trabalho de parto.

Os relatos das mulheres Kalunga sobre as suas experiências em trabalho de parto e o atendimento nos hospitais me conectaram com as experiências das mulheres que eu acompanhava, como *doula*, no Rio de Janeiro. Apesar das especificidades territoriais e sociais, foi possível notar experiências similares que se deram em relação ao processo médico-hospitalar, revelando tensões e conflitos, mas também resistências e formas de articulação dos conhecimentos dessas mulheres nas situações de enfrentamento.

Palavras-chave: assistência ao parto - medicalização do parto – parteiras – Kalunga – relatos de parto.

ABSTRACT

This dissertation is concerned with narratives of childbirth in two different contexts, with 'quilombola' community of Vão de Almas, territory in the countryside of Goiás State, and with women of the RJ state. The narratives report experience of women between the final 1990-decade and the year of 2015.

At the Kalunga context women live the recent medicalization process that has been taking place for almost two decades. In this way, the local midwives cease to be a reference in the childbirth assistance, which now is done at hospitals in the nearby cities. Therefore, a timely displacement of these women becomes necessary in order to wait for the childbirth labor.

The Kalunga women stories about their childbirth experience and hospital assistance reported me to the experiences of the women I accompanied as a *doula* in Rio de Janeiro. Despite the territory and social specificities, it was possible to notice similar experiences that occurred in the medical and hospitalization processes, revealing tensions and conflicts, but also resistance and articulation of these women's knowledge in the confrontation moments.

Key-words: childbirth assistance – medicalization of birth – midwives – Kalunga – childbirth reports

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PPCult – Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades

CPN – Centro de Parto Normal

GAMA – Grupo de Apoio à Maternidade Ativa

CNFCP – Centro Nacional de Folclore e Cultura Popular

PRÓ-ÍNDIO – Programa de Estudos dos Povos Indígenas

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

CET – Comitês de Ética na Pesquisa

ONG – Organização Não-Governamental

CNO – Cesárea? Não, Obrigada! (grupo de discussão no Facebook)

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

PAISM – Plano Integral de Assistência à Saúde da Mulher

OMS – Organização Mundial de Saúde

MBE – Medicina Baseada em Evidências

REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

CP – Casa de Parto

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

ALERJ – Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

As mulheres na minha vida: minha primeira aproximação com o tema.....	12
De repente, grávida: descobrindo o cenário do parto no Brasil	14
Os grupos virtuais: um laboratório para o trabalho com gestantes, grupos e o ativismo.....	17
Do parto humanizado ao interesse pelas parteiras.....	20
Por que Kalunga?	23
As mudanças no percurso.....	24
O percurso metodológico.....	25
Os recursos audiovisuais.....	32
Algumas observações em relação à escrita.....	33
Sobre consentimento, restituição e as relações na produção de conhecimento.....	35
A organização deste trabalho.....	37

CAPÍTULO UM - NASCENDO NO BRASIL

1. A pergunta que não quer calar: como nascemos?	39
2. Do domicílio ao hospital: um breve histórico do processo de medicalização do parto no Brasil	42
3. Da hospitalização ao nascimento com hora marcada: o atual cenário obstétrico brasileiro.....	50
4. De volta para a casa: da administração à retomada dos corpos.....	55

CAPÍTULO DOIS – O PARTO NO RIO: Narrativas sobre a busca do parto humanizado no Rio de Janeiro

1. Minha “grande estreia”: o parto domiciliar da Kate e a transferência para o hospital	69
2. O parto da Sirlene no SUS.....	70
3. O nascimento de Maria, na Avenida Brasil	73
4. A cesárea da Carla	76

5. O parto domiciliar após duas cesáreas de Cristiane.....	78
6. Tamara, parto domiciliar após cesárea	81
7. Luana, parto normal na rede pública	84
8. O parto no carro, a caminho do hospital.....	85
9. Maya e a cesariana no hospital público após transferência de parto domiciliar.....	87
10. Andreza, cesárea na rede privada e parto normal na rede pública	87

CAPÍTULO TRÊS - INVESTIGANDO O CENÁRIO DO NASCIMENTO EM TERRITÓRIO KALUNGA

1. O território Kalunga: um breve histórico.....	90
2. O caminho se faz ao caminhar: o planejamento do trabalho e as mudanças nos percursos.....	93
3. De Cavalcante ao Vão de Almas: ô, <i>sofrência</i> !	98
4. Em terras Kalunga, abrindo os trabalhos	103
5. “Meu nome eu não digo não”: entrevistando a primeira parteira.....	106
6. Na casa de Fiota, a rotina de uma mulher Kalunga.....	109
7. Os relatos de Fiota: introdução ao <i>partejar</i> partos no Vão de Almas.....	112
8. Os relatos de parto de Laura em Cavalcante.....	119
9. Os relatos de Diranir.....	123
10. Para ser parteira, tem que ter coragem.....	125

MINHAS CONSIDERAÇÕES FINAIS ou quando chega a hora de desistir, é porque está chegando ao fim.....	131
---	------------

GLOSSÁRIO	140
------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
---	------------

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de narrativas sobre experiências de parto e nascimento produzidas em dois diferentes contextos: em trabalho de campo com mulheres quilombolas do Vão de Almas, território Kalunga, no interior do estado de Goiás, entre os anos de 2014 e 2015, e com mulheres do Estado do Rio de Janeiro, das quais realizei acompanhamento do parto, ou me relacionei em grupos de gestantes, no período de 2009 a 2015. A pesquisa busca evidenciar as tensões e relações de força que envolvem o evento do parto, por meio dos depoimentos de mulheres obtidos nesses dois diferentes contextos. Neste trabalho, busco realizar uma aproximação das duas situações por meio de relatos destas mulheres, nos quais compartilham as suas experiências. Em ambos os casos, figura o ambiente hospitalar, onde se constituem determinadas tensões e enfrentamentos com o atual modelo hegemônico de atendimento obstétrico. Assim, procuro descrever alguns dos processos vividos por minhas interlocutoras, buscando compreender os conhecimentos e táticas que são mobilizados por essas mulheres durante o parto.

As narrativas relatam experiências vividas entre o final da década de 1990 e o ano de 2015, no cenário Kalunga; e entre os anos de 2009 e 2015, no Rio de Janeiro. Na maioria dos casos analisados, as mulheres entrevistadas ou acompanhadas por mim vivenciaram os processos relativos à transferência do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar, em algum estágio do trabalho de parto ou da gestação; outra parte dos casos estudados é de mulheres que, diante da alternativa do parto hospitalar, optaram por manterem-se em casa na ocasião dos seus partos.

As mulheres na minha vida: minha primeira aproximação com o tema

Cresci ouvindo a história do meu nascimento, contada repetidas vezes pela minha mãe, Elisabete, para pessoas da família e amigas. Uma narrativa emocionada, contada de forma densa, mas que, ao mesmo tempo, alternava para um tom mais leve e divertido, como que dissesse para não nos demorarmos muito em nenhuma tristeza, algo como “bola pra frente”, como é bem característico da minha mãe. Vez ou outra tinha um elemento diferente ou algum detalhe de que ela se lembrava. Eu ficava tentando imaginar como seria um médico “subir” em

sua barriga, ou o que significava eu ter “bebido água do parto”, como ela relatava; além dos vários outros procedimentos realizados em seu corpo.

Minha mãe sempre avaliava seus partos como difíceis e um pouco traumáticos. As cenas que se formavam na minha cabeça pareciam bem dolorosas e tinham uma presença muito forte de personagens médicos, além do hospital como cenário. As suas histórias de parto nunca remetiam a nada que parecesse muito respeitoso ou espontâneo. E não era assim só com o meu nascimento, mas também com os dos meus irmãos. As histórias de parto que eu ouvia em meu ambiente familiar eram sempre muito intensas: ora engraçadas, ora assustadoras. Os relatos da minha avó materna – a vó Nenéia, como a gostávamos de chamar – eram os mais surpreendentes e divertidos. Ela era alagoana e teve onze filhos de parto normal, sendo boa parte em casa e outros tantos no hospital. Minha avó era uma excelente narradora e sempre tinha uma história deliciosa para contar, sentada em sua cadeira de balanço, na sala de casa. Nos partos de seus filhos, havia sempre um “causo” marcante e os participantes mais diversos: o galinheiro que despencou, a parteira que não chegou a tempo, as invenções com histórias de cegonha para explicar a chegada do bebê aos filhos mais novos e também o parto difícil da minha mãe, que nasceu “de pé”, e com uso de fórceps¹; isso depois de tanto demorarem a prestar atendimento na sala de parto, onde ficou sozinha, enquanto os médicos e enfermeiras ouviam a transmissão da novela *Direito de Nascer* – uma “febre” em 1952. Minha mãe sempre completava essa história, concluindo que a sua falta de sorte na vida estava ligada à posição do nascimento: “Já nasci azarada!”, dizia.

Dos onze filhos de meus avós, dez eram mulheres. Assim, desde sempre convivi com muitas mulheres e, inevitavelmente, ouvindo histórias que envolviam o ciclo reprodutivo feminino e outros ritos de passagem. A primeira menstruação, a primeira relação sexual, gestações, abortos, partos, perdas, abuso sexual, histórias de violência e abandono. Na época em que minha mãe e minhas tias eram meninas, não se conversava sobre menstruação, sexo ou gestação. Eram assuntos vetados ou pouco conhecidos pela maioria. Assim, eu me impressionava com as histórias delas, em que quase todas menstruaram sem ter nenhuma noção

¹ Instrumento obstétrico semelhante a duas grandes espátulas interligadas, que é introduzido no canal vaginal da parturiente, ajustando-se nos lados da cabeça do feto para a correção de seu posicionamento e auxílio pra a retirada do feto, em casos de emergência. Contudo, é muito comum no Brasil a sua utilização de forma desnecessária e inadequada, aumentando os riscos para a mulher e o bebê.

do que seria isso. Relatos de relação sexual sem desejo ou mesmo sem saber o que era sexo, também eram corriqueiros nas histórias. As tentativas de aborto eram mais “abafadas” nos relatos, mas sempre muito densas. A clandestinidade, a figura da “abortadeira” e as histórias de sofrimento e procedimentos malsucedidos. Tudo parecia carregado de forma muito solitária e devia ser um pouco aliviado quando era compartilhado assim, com amigas e irmãs, no espaço privado.

Dos partos, me recordo das vivências mais intensas. Dor, sofrimento, trauma, violência, negligência. Mas também da alegria de algumas em receber seu filho e falar do seu olhar inesquecível – o que não permitiria que alguém o roubasse ou trocasse por outro bebê. Porém, nem sempre a chegada do filho trazia alegria. Em alguns casos, ouvi que o parto foi tão sofrido que a mãe não tinha desejo de ver a criança. Alguns resultaram em depressão pós-parto, que certamente não pôde ser diagnosticada ou vivida assim há tantos anos. O fato é que a convivência com essas mulheres e suas histórias, sempre me encantou e recheou meu imaginário sobre esses eventos femininos, e assim me tornei uma garota atenta a essas questões, sempre acompanhando as histórias de gestação e parto das primas, amigas, irmã.

Eu não tinha ideia do quanto estas histórias das “mulheres da minha vida” marcariam não só a minha infância e adolescência, como também influenciariam em minhas escolhas futuras. Tinha a certeza de que as experiências da minha mãe me orientaram na busca por um parto mais respeitoso, para não repetir, em parte, o que ela tinha vivido. Contudo, ainda não tinha me dado conta do quanto essas memórias da minha infância contribuíram muito para o meu desejo de trabalhar apoiando outras mulheres e me interessando cada vez mais pelos temas ligados a este universo.

De repente, grávida: descobrindo o cenário do parto no Brasil.

Vivenciar os impactos e as transformações da gestação, do parto e da maternidade me possibilitou uma nova forma de olhar para as mulheres à minha volta, despertando sentimentos antes nunca vividos, além de ingressar num universo a que até então eu estava alheia. Nessa época, eu pouco conhecia sobre o cenário obstétrico brasileiro. Não tinha noção de que o Brasil estava entre os países com as maiores taxas de cesarianas desnecessárias no mundo, ou que a

maior parte das mulheres brasileiras sofria algum tipo de violência e intervenções desnecessárias durante o parto².

A gravidez não planejada veio no momento em que eu cursava os últimos períodos da minha graduação em Educação Artística, no ano de 2005, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sem plano de saúde e sem a menor experiência em buscar atendimento como gestante, iniciei a minha saga nas maternidades públicas que eu tinha como referência³ na cidade, precisando “madrugar” algumas vezes, sem sucesso, para conseguir o primeiro atendimento e marcar o início do pré-natal. Muito descontente e impactada com a forma com a qual as mulheres eram tratadas desde a recepção nas maternidades - chamadas aos berros, com um atendimento nada acolhedor e que não permitia espaço para “perguntas bobas” -, desisti momentaneamente desse modelo para pensar que outras opções eu poderia ter.

Apesar dos poucos recursos financeiros e nenhuma possibilidade de pagar por um atendimento particular, eu fazia parte de um grupo privilegiado, que tinha acesso à universidade e à grande circulação de informações que se dava nesse meio, além de minhas redes de relações serem constituídas, em grande parte, por pessoas de classe média, que já traziam histórias sobre partos mais alternativos ao modelo vigente. Com ideias inquietantes e um pouco de desesperança – por acreditar que os partos bonitos de que eu ouvia falar eram acessíveis apenas para quem podia pagar por um custo alto - decidi fazer buscas na internet sobre as opções de parto mais naturais que pudessem ser oferecidas a preços mais acessíveis. Sem saber por onde começar as pesquisas, fiz as buscas por “parto na água a preços populares” e “parto na água gratuito”. Não sei bem porque a referência que eu tinha de “parto natural”⁴ era a de parto na

² De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010), pelo menos 25 % das mulheres brasileiras declaram ter sofrido algum tipo de violência obstétrica. Contudo, acredita-se que estes dados estejam muito aquém da realidade, ao considerarmos que as formas mais naturalizadas de violência no parto são subnotificadas.

A respeito das intervenções no parto, a pesquisa Nascido no Brasil (FIOCRUZ, 2014) informa que aproximadamente 95% das mulheres brasileiras sofrem algum tipo de intervenção no parto.

³ Na época, ano de 2005, as maternidades Pró-Matre e Hospital Maternidade Oswaldo Nazareth, mais conhecida como Maternidade da Praça XV, que atualmente estão desativadas.

⁴ O termo “parto natural” aparecerá de forma recorrente neste trabalho, com o uso de aspas, devido ao entendimento de que o parto não é um evento meramente biológico, já que é permeado por aspectos culturais, sociais, raciais, político-econômicos, dentre outros. Além disso, é uma expressão com uma multiplicidade de interpretações no Brasil. Durante a pesquisa, encontrei duas formas bem comuns, usadas por minhas interlocutoras: uma entende parto natural como o mesmo parto normal: o nascimento por via vaginal. A outra utiliza o termo para referir-se ao parto sem interferências, sem intervenções médicas ou farmacológicas, também entendido como parto fisiológico. A primeira foi mais comum entre as mulheres Kalunga, as mulheres da minha família e, em geral, mulheres que falaram sobre o tema sem que estivessem envolvidas com algum tipo de conhecimento mais aprofundado sobre o assunto. A segunda foi mais utilizada pelo público que busca informar-se mais tecnicamente sobre as diferentes

água. Talvez pelas histórias dos partos domiciliares de uma amiga ou, quem sabe, pela crença de que uma mulher estando dentro da banheira parecesse tão protegida que ninguém poderia tocá-la ou tratá-la mal. Foi então que encontrei um site (hoje inexistente) que reunia informações sobre Casas de Parto⁵ no Brasil, que me direcionou para a única existente no Rio de Janeiro: a Casa de Parto David Capistrano Filho, localizada em Realengo, bairro da Zona Oeste do Município, uma unidade de saúde pública pertencente à Prefeitura do Rio. No site, além de me surpreender com o atendimento gratuito, me encantei com as informações oferecidas sobre parto e, pela primeira vez, li sobre os conceitos de protagonismo feminino e humanização do nascimento. Depois de realizar todo o meu pré-natal na Casa, foi lá que nasceu a minha filha, Cora, de um parto normal assistido por enfermeiras obstétricas, em posição de cócoras – o que passou a ser um motivo de orgulho para mim. A partir de então, eu não me cansava de relatar esse evento para cada mulher que se interessava em saber.

Após contar a minha experiência de parto, algumas mulheres passaram a me procurar com curiosidades específicas sobre o evento: o tempo em que fiquei em trabalho de parto, as intervenções que consegui evitar e o fato de não ter usado anestesia durante o processo. Outras me procuravam para saber como conseguir um parto normal, "natural". Havia também aquelas que, ao conversarmos, acabavam compreendendo que as justificativas para as suas cesarianas, ou as intervenções em seus partos, podiam não ser verdadeiras, tendo chances elevadas de terem passado por procedimentos ou cirurgias sem necessidade. Com o aumento da demanda de pessoas que me procuravam para ter referências sobre parto normal e para contar suas experiências frustradas, desejando saber se haviam sido enganadas por seus médicos, decidi buscar mais informações técnicas sobre o tema na tentativa de auxiliar outras mulheres. A partir disso, o tema parto passou a me acompanhar cotidianamente e em diversas esferas: da entrada para o mundo virtual da “humanização do parto”⁶ à redefinição da minha profissão e, mais recentemente, na elaboração de minha reflexão sobre esse percurso que embasa minha pesquisa acadêmica.

formas de assistência ao parto, com as gestantes e famílias que acompanhei o parto ou que frequentavam as rodas de gestantes.

⁵ Casas de parto são unidades de saúde que realizam o pré-natal e os partos normais de gestantes de baixo-risco. Conhecidas também como Centros de Parto Normal (CPN), as casas de parto, em geral são dirigidas por enfermeiras obstetras e sem a obrigatoriedade da presença de médico. No Brasil, os CPN foram criados pelo Ministério da Saúde em 1999 e são definidos na portaria 985 como "unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias".

⁶ Esse conceito será abordado mais à frente.

Os grupos virtuais: um laboratório para o trabalho com gestantes, grupos e o ativismo

Meu ingresso nos grupos de estudos e discussão sobre parto ocorreu no ano de 2007. As redes sociais ainda não eram populares e as discussões eram feitas por fóruns virtuais, em grupos de e-mails. Um dos grupos de que participei mais ativamente, o “Parto Nosso”, reunia quase cinco mil integrantes. A maioria era de mulheres brasileiras, usuárias do sistema de saúde público e privado. Algumas moravam fora do Brasil e relatavam a realidade obstétrica de outros países. Existiam participantes estrangeiros e também uma minoria de homens, muito envolvidos com a causa, além de uma diversidade de profissionais da assistência ao parto. No grupo aconteciam intensos diálogos, divulgação de estudos científicos sobre práticas recomendadas na assistência ao parto, alertas sobre assistência inadequada, denúncias de violência obstétrica⁷, dicas de preparação para o parto ou para evitar uma cesariana desnecessária. Mulheres que reivindicavam partos menos medicalizados e que também denunciavam a crescente taxa de cesarianas no país. Havia muitos compartilhamentos de experiências e os tão esperados “relatos de parto”, que eram narrativas escritas onde mulheres (e até alguns homens) contavam a sua visão sobre a experiência de nascimento dos seus filhos.

Em primeira pessoa e com intenso envolvimento emocional, os relatos descreviam, de forma densa e detalhada, experiências de pessoas que falavam “de dentro”, partindo muitas vezes da gestação e das expectativas em relação ao parto, que não raro eram bem diferentes dos desfechos, do parto real. Histórias de superação e conquistas, partos com a participação da família e os tão almejados partos fisiológicos, onde o ideal do “natural” havia sido alcançado, estes eram os mais esperados pelas integrantes do grupo, que acompanhavam a história de cada mulher e suas expectativas em relação ao evento. Era muito comum que mulheres criassem expectativas sobre o parto das outras, assim como para o seu próprio parto a partir das experiências compartilhadas. Existia também uma profusão de relatos com desfechos tristes ou negativos, nos quais as mulheres narravam frustrações, assistência inadequada, violências

⁷ Conforme conceito internacional, define qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, à parturiente (mulher em trabalho de parto) ou puérpera (mulher no período de pós-parto) ou ao seu bebê praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, à sua integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (Fundação Perseu Abramo, 2010).

sofridas e muitas vezes o sentimento de ter sido enganada, de terem lhes “roubado” o parto, como costumavam dizer. Esses relatos tinham um grande potencial político, de alerta e de denúncia sobre as condições do atendimento obstétrico no Brasil.

Outro grupo virtual que influenciou muito as minhas escolhas, e do qual eu participei durante dois anos, foi a rede “Parto do Princípio”, que, além de discutir questões da assistência obstétrica brasileira, possuía um perfil mais “ativista” e visava articular ações coletivas para a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como a produção e divulgação de material informativo; incentivo à criação de grupos gratuitos de apoio ao parto; denúncias coletivas relacionadas à violência obstétrica ou ao descumprimento dos direitos das gestantes, parturientes e puérperas, por exemplo. Esta rede contribuiu muito para a minha formação no tema, antes mesmo de eu me tornar *doula*⁸, e também para eu desejar trabalhar com grupos de apoio ao parto, o que me levou a me conectar futuramente com as organizadoras do grupo que eu viria a coordenar na cidade em que moro. Os estudos sobre parto e humanização do nascimento foram ganhando um espaço cada vez maior no meu cotidiano. Ler relatos de mulheres tomava boa parte dos meus dias e eu estava completamente envolvida com as histórias, personagens e colegas militantes e ativistas do parto normal – que eu conhecia apenas no mundo virtual, a partir dos e-mails que trocávamos, dentro e fora dos grupos de discussão.

Em 2009, decidi fazer a formação de *doula*, em São Paulo, no Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), movida pelo desejo de poder ajudar mulheres de forma mais prática: acompanhando seus partos e as auxiliando para que tivessem uma experiência mais feliz com o nascimento dos seus filhos. O curso de *doulas* do GAMA tinha duração de apenas quarenta horas. Apenas quatro dias, um volume intenso de informações das mais variadas ordens e nenhuma experiência prática de atuação como *doula*. Uma experiência curta, mas com uma intensidade avassaladora. Ao voltar para o Rio de Janeiro, com um diploma de *doula*, muitas informações para elaborar e nenhuma experiência prática, me dediquei às leituras mais técnicas sobre obstetrícia e atuação da *doula* e “criei coragem” para começar a oferecer o meu

⁸ Doulas são profissionais treinadas e capacitadas para acompanhar as gestantes e parturientes. Sua função é dar suporte durante a gestação, pré-parto, parto, pós-parto e puerpério se utilizando de recursos de conforto, suporte emocional e alívio físico, técnicas não farmacológicas diversas e informações sobre o sistema obstétrico, com a finalidade de promover o bem-estar neste período (Associação de Doulas do Rio de Janeiro, 2016).

acompanhamento a amigas grávidas, sem cobrar remuneração. Em pouco tempo fui conhecendo outras mulheres e o leque de possibilidades ia se abrindo. Eu oferecia o meu trabalho em troca da oportunidade de acompanhar o parto delas e em pouco tempo tive experiências diversas. Partos domiciliares, partos em maternidades privadas e públicas, partos sem assistência. Cesarianas desnecessárias, excesso de intervenções, violência obstétrica, reanimações de bebês, partos fisiológicos. Momentos intensos: choro, alegria, frustrações, tristeza, revolta, resignação.

Alguns anos mais tarde, com um importante acúmulo de experiências com gestantes, casais, diversos profissionais de assistência e diferentes locais de parto, cresceu o desejo de colaborar com as transformações que vinham acontecendo lentamente na assistência ao parto no Brasil. Apesar de já conseguir, como *doula*, melhorar os desfechos dos partos de muitas gestantes que eu acompanhava, eu desejava que o “parto respeitoso” fosse direito de todas e acessível também para as mulheres que não podiam ter o acompanhamento de uma *doula*. Com a minha participação na rede “Parto do Princípio”, entendi que o trabalho com grupos abertos e gratuitos podia ser uma ótima forma de popularizar o acesso à informação e de lutar pela melhoria na qualidade do atendimento ao parto, incentivando as mulheres a criarem demandas para a transformação do cenário. Em 2013, inaugurei junto a outras duas mulheres, Malu Prates e Lara Rezende (*doula* e enfermeira obstetra, respectivamente), um núcleo do *Ishtar*⁹ em Niterói, o segundo núcleo no estado do Rio de Janeiro (que foi iniciado em Copacabana) e começamos a mediar o grupo num formato até então inédito na cidade: encontros quinzenais, gratuitos, em formato de roda, sem caráter de palestra e mais focados nos relatos e dúvidas das mulheres (e homens) sobre temas ligados à gestação, parto e puerpério. Mais uma vez eu estava cercada de mulheres. Agora num círculo presencial de grávidas, relatando suas expectativas ou suas experiências, e provocando riso e choro coletivo com suas histórias. Outros núcleos do *Ishtar* foram criados no estado do Rio de Janeiro com mesmo formato em locais como Tijuca, Jacarepaguá, Cabo Frio, Complexo da Maré, Caxias, Nova Iguaçu, e, mais recentemente, Madureira e São João de Meriti. Apesar de gratuitos, os grupos quase sempre atraíam o mesmo perfil: mulheres brancas (em sua maioria), de classe média, usuárias de planos de saúde e, por

⁹ Grupo de apoio ao parto normal, fundado em Recife, no ano de 2007, por três amigas militantes do parto humanizado (Thayssa Rocha, Ana Katz e Ana Lúcia Toledo). O grupo se espalhou por outros estados brasileiros, atingindo a marca de 20 núcleos pelo país.

consequência, a classe mais afetada por cesarianas desnecessárias¹⁰. A criação dos núcleos na Baixada Fluminense, Maré e Madureira, partiram do nosso incômodo em pouco dialogar com mulheres negras, de baixa renda e que tinham as maternidades públicas como única opção.

As experiências narradas pelas mulheres nos grupos virtuais e presenciais me sensibilizavam e produziam um desejo de “mudar o sistema”. Contudo, as experiências que vivenciei ao lado das mulheres que acompanhei em trabalho de parto me posicionaram de outra forma nesse cenário, que parecia bem mais real e duro. Dentro dos hospitais, me relacionando com as hierarquias profissionais, com os protocolos que não permitiam olhar para as necessidades individuais das mulheres e também com a autoridade do “saber médico”, que sempre era “a palavra final”, a realidade parecia ainda mais desanimadora. Eu não estava mais só ouvindo as experiências frustradas ou fantásticas de mulheres de classe média nos grupos ou os casos de violência obstétrica relatados por mulheres minimamente informadas e amparadas: estava vendo as formas de violência no parto de perto. Andava pelos corredores e via mulheres sem acompanhantes, sem informações sobre os seus direitos, sem opções de escolhas e, na maioria das vezes, deitadas, com expressão de dor, em silêncio, ou gritando de desespero. Eu me lembrava do relato da minha mãe e de minhas amigas, e tinha vontade de poder dar a mão a todas elas, oferecer uma massagem e falar baixo em seus ouvidos que elas podiam se movimentar e até gritar. E que o parto podia ser uma experiência boa. Mas a realidade é que eu não podia me aproximar tanto assim e incentivar que elas subvertissem os tais “protocolos” – o que, algum tempo depois, com um pouco mais de experiência e ousadia, acabei fazendo todas as vezes que tive chances.

Do “parto humanizado” ao interesse pelas parteiras

Na época em que comecei a aprofundar os meus estudos sobre partos, eu trabalhava como técnica em educação no Centro Nacional de Folclore e Cultura Popular (CNFCP) e as leituras sobre parteiras se aproximavam dos temas que discutíamos diariamente em meu ambiente de trabalho: conhecimentos, saberes e fazeres populares. Contudo, não havia nada sobre parto e muito pouco sobre saúde ou medicina popular. Iniciei uma pesquisa nos catálogos

¹⁰ De acordo com a pesquisa *Nascer no Brasil*, a taxa de nascimentos brasileiros por cesariana encontra-se acima de 50% desde a primeira década do ano 2000, sendo recomendação da OMS que estas taxas não ultrapassem a marca de 15%. Considera-se que as taxas acima do recomendado refletem a realização de cirurgias desnecessárias.

de exposições da Sala do Artista Popular (SAP) e da Galeria Mestre Vitalino e não encontrei nada que se aproximasse do tema. De fato, a instituição não tinha nenhuma pesquisa desenvolvida sobre parteiras. Havia algumas fontes de pesquisa na biblioteca da instituição, mas nenhuma abordagem mais aprofundada sobre partos ou sobre o ofício das parteiras. Propus uma aproximação com o tema em alguns projetos da instituição em que eu estava envolvida, chegando a sugerir que o trabalho das parteiras fosse abordado como tema de exposição futura – o que inicialmente foi bem recebido e cogitado, porém o projeto não foi desenvolvido. O mais próximo que conseguimos desenvolver em torno do tema na instituição foi um pequeno capítulo dedicado à mulher guarani no almanaque bilíngue *Maino'i Rape: o caminho da sabedoria*, projeto do CNFCP em parceria com o Programa de Estudos dos Povos Indígenas (Pró-Índio/UERJ), publicado em 2009.

Nas discussões sobre o conteúdo do almanaque, sugeri que fosse incluído um tema ligado ao ciclo reprodutivo feminino, tendo sido acolhido com alguma resistência e após muitas reuniões em que persisti com a ideia de que o assunto era relevante. Sem oportunidade de realizar trabalho de campo ou pesquisa bibliográfica mais aprofundada, no pequeno capítulo *A mulher guarani*, abordamos temas como menstruação, gestação, parto e cuidados no pós-parto, a partir de narrativas de indivíduos guarani, além de dados sobre a realização dos partos de mulheres guarani em ambiente hospitalar na atualidade. Após o lançamento do almanaque, tive notícias por parte de integrantes do Pró-Índio de que o capítulo tinha sido muito bem recebido pelas mulheres nas aldeias.

Mesmo após minha saída do CNFCP e minha imersão no trabalho como *doula*, meu interesse pelo trabalho das parteiras continuava presente. Nos grupos virtuais sobre parto, não havia espaço para uma discussão mais aprofundada sobre os conhecimentos obstétricos não oficiais ou não oriundos de uma formação acadêmica. A figura da parteira, adjetivada como “tradicional” era tratada com muitas idealizações e equívocos e gerava discussões bastante conflituosas cada vez que o tema surgia nos fóruns. Em um desses episódios, tivemos o anúncio de que uma famosa emissora de televisão exibiria um programa sobre as parteiras de Caruaru, às seis da manhã do dia seguinte. Assim como muitos, madruguei para assistir ao programa. Fiquei muito encantada e me emocionei com as histórias, mas tive um estranhamento: no único parto exibido com uma parteira local, a parturiente estava deitada numa maca como a dos hospitais. A parteira usava luvas e tinha alguns instrumentos que lembravam o ambiente

hospitalar. Fiquei um pouco decepcionada. Quando acessei a lista de e-mails naquele dia, já havia uma enormidade de mensagens discutindo uma postagem intitulada como “Por que a parteira deitou a mulher?”. O meu incômodo era o mesmo de outras pessoas integrantes do grupo e estava ligado à imagem cristalizada e hegemônica que tínhamos das parteiras “tradicionais” dentro dos grupos de “humanização do parto”. Naquele dia, descobrimos que as parteiras não eram “humanizadas” e que nas suas práticas poderíamos observar intervenções no processo fisiológico, assim como aquelas que julgávamos danosas, como *puxos dirigidos*¹¹, por exemplo. Na discussão, a opinião de algumas antropólogas e outros profissionais que trabalhavam com parteiras foi essencial para eu entender a necessidade da desconstrução da imagem que eu tinha e que esse seria um exercício nada fácil. Somente entendendo o contexto em que essas mulheres estavam inseridas é que poderíamos compreender o seu modo de prestar assistência. Qualquer julgamento a partir da nossa experiência, corria o grande risco de ser leviano.

Este episódio não só me trouxe provocações, como me deu oportunidade de conhecer algumas pessoas que trabalham com parteiras ou refletiam sobre as práticas delas. No ano de 2008, mantive algumas trocas de correspondências com pessoas que tinham visões interessantes e que me ajudaram a descobrir importantes pesquisadores sobre o tema. A antropóloga Julia Morim, que participava do movimento de humanização do parto e desenvolvia pesquisas com parteiras, foi uma fonte excelente. Sempre citava a enfermeira Paula Vianna e o grupo Curumim, no Recife, como referências importantes no trabalho com a “parteira tradicional” e, anos depois, quando voltamos a trocar mensagens, sugeriu nomes que viriam a ser indispensáveis para a minha pesquisa, como Soraya Fleischer, Carmem Susana Tornquist e Silvéria Santos.

Creio que o fato de trabalhar majoritariamente com mulheres de classe média nos centros urbanos me levou a desejar conhecer outras realidades, outros cenários obstétricos. Participando diariamente da luta de mulheres que desejavam “fugir” de obstetras convencionais, para evitar cirurgias desnecessárias ou o excesso de intervenções médicas durante o parto, sentia vontade de saber quais eram as pautas de mulheres que estavam à margem dos centros urbanos e longe dos hospitais e desejava conhecer outras formas de fazer,

¹¹ Que consiste em conduzir a força feita pela mãe durante o período de expulsão do bebê, no final do parto, em lugar do puxo fisiológico (desejo de fazer força).

outras formas de assistência obstétrica, mesmo que não oficiais, e entender como podiam funcionar sem necessariamente sucumbir ao modelo hospitalar oferecido às gestantes e parturientes nos centros urbanos.

Por que Kalunga?

A decisão inicial de trabalhar com parteiras quilombolas Kalunga e não com parteiras do Norte do Brasil ou parteiras guarani, por exemplo, como me foi sugerido em alguns momentos da pesquisa – ou por mais facilidade de acesso a material, ou por maior proximidade geográfica – esteve diretamente ligada ao meu interesse pelo tema da diáspora africana no Brasil e com o qual eu venho me envolvendo desde o início do ano 2000, quando me tornei praticante de capoeira, e também acompanhando, mesmo que “de longe”, os processos de Inventário Nacional e Registro Cultural de práticas como o “O Jongo do Sudeste”, “O Acarajé”, “As festas de largo na Bahia”, “A Capoeira”, entre outras expressões que tiveram suas pesquisas realizadas no CNFCP e com as quais convivi durante os seis anos em que trabalhei na instituição. O início dos estudos envolvendo as culturas afro-brasileiras em minha vida acadêmica se deu ainda na graduação, com a realização do meu projeto de pesquisa para a conclusão do curso de Licenciatura em Educação Artística na UERJ (2001-2006), que tratava do ritual musical na roda de capoeira angola.

No grupo Parto Nosso, além das eventuais discussões sobre “parteiras tradicionais”, li, pela primeira vez, algo relacionado às parteiras Kalunga e tive acesso ao documentário *Parto no Brasil: no caminho da humanização – parte 1*¹² (09/2008), sobre práticas de humanização do parto num hospital público em Campina Grande, que trazia a referência do “modelo” de assistência das parteiras Kalunga. Alguns anos depois, voltei a esse vídeo e busquei outros que se relacionassem ao tema para desenvolver o projeto do mestrado. Encontrei outro pequeno documentário, *Parteiras Kalunga*¹³ (03/2010), que registrava cursos de capacitação de parteiras nas comunidades Kalunga realizados pelo Ministério da Saúde, numa articulação com as secretarias de saúde locais e o Grupo Curumim. Numa das cenas do vídeo, a fala de uma médica envolvida na capacitação me causaria grande impacto: “Me assusta até, descobrir que elas

¹² Completo em https://www.youtube.com/watch?v=T_c9FwVIVw4 (acesso em 05/05/2016)

¹³ Completo em <https://www.youtube.com/watch?v=jV1WMfOHISA> (acesso em 05/05/2016)

executam procedimentos que muitas vezes os médicos não sabem executar. Para citar um exemplo, a retirada de uma placenta que ficou dentro do útero. Elas fazem isso sem luva e no meio do mato, sem recursos”. Essa fala ficou ecoando em minha cabeça durante um bom tempo e me fazia indagar mentalmente sobre como os médicos obstetras pensavam sobre a organização de sua profissão e seus conhecimentos, que foi construída na relação com as parteiras, o que possibilitou a aprendizagem de diversos procedimentos, elaborados a partir de séculos de práticas e conhecimentos empíricos. Além de me sensibilizar com a questão de uma aparente subalternização dos conhecimentos das parteiras, desejei entender mais sobre possíveis trocas e circulações entre os saberes “oficiais” e os “não oficiais” no cenário obstétrico brasileiro, de forma mais geral, buscando informações sobre as políticas de integração das parteiras com o Sistema Único de Saúde (SUS) e os cursos de capacitação para essas mulheres. Na busca por mais informações sobre o partejar Kalunga, notei que eram quase inexistentes ou incipientes e algumas com dados defasados. Este fato contribuiu para que eu me interessasse em desenvolver o meu projeto de pesquisa para o mestrado sobre o tema, que foi aprovado no Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades (PPCult/UFF), em 2013.

As mudanças no percurso

O objetivo inicial deste trabalho era realizar uma etnografia da prática das parteiras no Vão de Almas, GO, a partir do interesse em pensar o processo de reconhecimento dos saberes e práticas das parteiras Kalunga, que se fazem conhecer, por exemplo, em publicações do Ministério da Saúde, como o livro *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*¹⁴ (2010).

Contudo, a partir da primeira ida a campo, o trabalho ganhou novas formas e rumos, ao me deparar com um cenário bastante diferente do esperado. A ocorrência de partos domiciliares havia diminuído no território, a ponto de que a geração atual de gestantes tenha tido seus filhos, em sua quase totalidade, nos hospitais dos municípios mais próximos; sendo os poucos partos

¹⁴ *Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

domiciliares vistos como exceções à norma. Esse fato se dá em decorrência do processo de medicalização que vem ocorrendo há quase duas décadas e faz com que as parteiras deixem de ser a principal referência local de assistência ao parto. Este atendimento passou a ser prestado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), para a realização do pré-natal, e nos hospitais dos municípios mais próximos, para o parto. Deste modo, as gestantes do Vão de Almas são orientadas a migrarem para os municípios mais próximos dos hospitais, com um mês de antecedência, a fim de aguardarem o início do trabalho de parto.

Diante desse contexto, o que encontrei e pude conhecer mais de perto foi o recente processo de medicalização do parto, vivenciado pelas gerações mais novas. No desenvolvimento da pesquisa, as histórias narradas pelas mulheres do Vão de Almas – apesar das especificidades que serão destacadas neste trabalho – me conectavam com minhas experiências vividas no Rio de Janeiro, cidade onde moro e trabalho como *doula*, iluminando questões que aproximavam essas mulheres. Assim, optei por fazer uma mudança no recorte da pesquisa, realizando uma abordagem em que houvesse uma espécie de diálogo entre as duas experiências, a das jovens mulheres Kalunga de Vão de Almas e a das mulheres que buscam o apoio de *doulas*, no Rio de Janeiro.

O percurso metodológico

Como é bastante notório na descrição das minhas experiências, grande parte do meu laboratório vem acontecendo, há anos no espaço virtual, em grupos presenciais gratuitos de apoio ao parto e nos atendimentos particulares a gestantes, casais e famílias. De início, tive muita dificuldade em perceber e aceitar essa face da minha atuação como parte do trabalho de campo. Nos muitos encontros e conversas com minha orientadora, onde a preocupação com o pouco tempo em campo surgia, ela me respondia: “Você já está em campo.” Este incômodo estava muito ligado à resistência em me perceber como pesquisadora. O fato de ser *doula* e também militante desta causa me fazia acreditar na incompatibilidade de me pensar como pesquisadora quando estivesse prestando atendimento às gestantes, nos partos ou nos grupos. Em um dos exercícios propostos por minha orientadora para uma disciplina do mestrado, ela sugeriu que eu tentasse me ver em cena, atuando. Como resultado deste exercício, fiz alguns relatos sobre partos que acompanhei como *doula*, tentando conciliar esta experiência, atuando

profissionalmente, e pôr em prática o olhar de pesquisadora. Foi um exercício bastante complexo e impactante. Ao relatar minha experiência, brinquei com o fato de que estava sendo insuportável me observar em cena, relatando também que frases diversas que eu escutava por parte de profissionais ou gestantes, e já tinha naturalizado, agora me incomodavam, me fazendo realizar conexões com temas ou autores com os quais vínhamos trabalhando nas aulas.

O trabalho de campo em Goiás foi uma das primeiras experiências como pesquisadora fora da cidade em que moro e sem o conforto do “domínio do cenário”, que era comum nas minhas experiências no Rio de Janeiro. Eu não conhecia nada da região e meu único contato mais próximo do território Kalunga era um guia turístico de Cavalcante, que foi indicado por um amigo para me dar informações sobre o local, hospedagem e me ajudar a iniciar os primeiros contatos na região; acabou cumprindo bem mais do que esse papel, pois era um bom conhecedor das comunidades e das questões que os Kalunga enfrentavam diariamente. Para minha surpresa, ele também se interessava pelo assunto do partear e incentivou bastante meu trabalho. Contou que considerava muito importante que estudos como esse fossem feitos, levantando questões não só sobre os cuidados relacionados ao parto, mas também ao período de pós-parto, período em que as mulheres mais sofriam com carência de cuidados, já que perdiam a referência das parteiras e os hábitos comuns no período de resguardo. Thiago foi fundamental para a minha inserção no Vão de Almas, pois me apoiou na região, me forneceu contatos de confiança para transportes, me situou sobre as comunidades Kalunga, além de mediar meu encontro com a Fiota e o Calisto, que seriam meus acolhedores anfitriões durante toda a minha estadia em Cavalcante e no Vão de Almas, com duração aproximada de vinte dias, em dezembro de 2014 e em agosto de 2015.

Meu interesse por antropologia e trabalho etnográfico teve início ainda na graduação em Artes, quando me encantei com as disciplinas que eram lecionadas por antropólogos. Ademais, a maior parte das disciplinas no mestrado tinham abordagem antropológica, o que possibilitou discussões e leituras sobre o tema ao longo dos primeiros meses do curso. Apesar do meu “flerte” de vários anos com essa área do conhecimento, à época da viagem de campo eu não tinha a menor experiência com a pesquisa etnográfica. Mesmo assim pude compartilhar os espaços da vida cotidiana com minhas interlocutoras parteiras e mulheres Kalunga, dialogando sobre seus saberes e fazeres. Em campo, pela primeira vez, tive que administrar tantos recursos “estranhos”, como gravador, câmera fotográfica profissional, diários de campo

e roteiros de entrevista, que nem sempre foram seguidos. Por diversas vezes, deixei de lado os roteiros e aparatos para registro, preferindo simplesmente interagir, compartilhar a experiência e as inúmeras conversas onde circulam os conhecimentos não reconhecidos dessas senhoras que me receberam em suas casas.

Algumas entrevistas que realizei começavam mais formais e, em pouco tempo, tínhamos várias pessoas participando, intervindo, narrando as suas experiências. Em outros momentos, eu sentia que a rigidez do formato mais clássico da entrevista “fechava portas”, sobretudo considerando que não passei longos períodos realizando trabalho de campo. Assim, na maioria das vezes, preferi realizar a etnografia nas conversas informais, tomando café e participando da rotina das casas por onde eu passava. Essa opção foi muito benéfica para construir uma relação de confiança para que o tema se tornasse conversável, já que além de revelar “intimidades”, também provocava desconforto, tendo em vista que as conversas sempre mencionavam o trabalho das parteiras – que, de acordo com os relatos orais, estava proibido por uma “lei”.

A maior parte das minhas interlocutoras foi indicada por Fiota, que me contava sobre as parteiras do Vão de Almas e, ao longo dessas histórias, ia mencionando nomes de pessoas importantes para o tema. Dessa maneira, constituí uma rede de interlocutores, que contou com a mediação de Fiota, que buscava promover nossos encontros; em alguns casos, ela ou um dos seus filhos me levavam até a pessoa com quem eu conversaria. Contudo, na maior parte das vezes, essas pessoas seriam encontradas durante a “nossa” rotina (já que eu buscava obedecer à rotina da casa, sem fazer muito pedidos extraordinários): nas festas, nas atividades diárias e, sobretudo, na casa de Diranir, comadre de Fiota, que era um ponto de parada do *carro de linha* e, também por isso, um lugar com circulação considerável de moradores do Vão de Almas.

Eu fazia registros em áudio, vídeo ou caderno de campo sempre que era possível e conveniente, mas, em alguns momentos, eu preferi declinar de intervir na dinâmica da casa para realizar entrevistas formais, como foi no caso de Dona Amância, que era parteira e estava oferecendo a festa para Santa Luzia, na minha primeira ida, em dezembro de 2014. O *festejo* ocorreria na casa de Diranir (filha de Amância) e foi lá que Fiota me apresentou à parteira e falou a respeito do meu trabalho. Ela concordou em conversar comigo logo que tivesse uma folga nas tarefas. O dia se passou com as mulheres preparando panelas enormes de comida no fogão a lenha, para receber os convidados, com as meninas indo lavar as pilhas de louças no rio e com os homens arrumando o local, trazendo bebidas e providenciando a caixa de som (que

funcionava com bateria recarregável) para tocar na festa. Anoiteceu, e entre uma passada e outra, Dona Amância dizia que não tinha se esquecido de mim, até que eu disse a ela que não se preocupasse e aproveitasse a festa, pois podíamos deixar a conversa para outro momento.

Eu buscava fazer anotações nos cadernos de campo no início do dia, na casa de Fiota, e fazia algumas anotações pontuais ao longo das entrevistas, tentando complementá-las ao anoitecer, quando íamos descansar. Esse era o único momento em que eu ficava sozinha (após fazer a minha filha dormir, na primeira viagem em que ela me acompanhou) e, à luz do candeeiro, tentava registrar um pouco as observações do dia.

A minha inserção em campo entre os Kalunga se deu a partir de indicações de “pessoas de confiança”. Ao contrário do que eu imaginava e temia, as pessoas do Vão de Almas foram sempre muito hospitaleiras e acolhedoras. Eu havia assistido a alguns vídeos sobre os Kalunga antes de ir a campo e uma questão que surgia algumas vezes nas entrevistas era a insatisfação com os pesquisadores, que visitavam o local querendo “levar seus conhecimentos”. Além disso, eu sabia que falar sobre parteiras não seria algo tão fácil, o assunto era delicado e muitas das parteiras tinham medo de falar sobre o trabalho que até pouco tempo faziam. Contudo, a companhia de Fiota, muito conhecida e querida no Vão de Almas (e fora dele também), era um primeiro passo para que algumas portas se abrissem para a pesquisa. Fiota, ciente das possíveis tensões, me apresentava a todos falando que eu vinha do Rio de Janeiro – o que já causava bastante curiosidade e encantamento – e explicando um pouco do que sabia sobre o meu trabalho, sempre enfatizando, nos termos locais, que podiam confiar em mim e que eu não queria prejudicar as parteiras. A mediação de Fiota foi fundamental para a realização do trabalho no Vão de Almas.

Eu havia decidido fazer a viagem com a minha filha, Cora, na época com oito anos de idade. Afora me deixar mais tranquila tê-la comigo, intuía que seria bom e que a presença dela me deixaria mais segura. Ter uma filha e fazer o campo com ela, para mim, significava ter história de parto para contar, ter vivência em assuntos de maternidade para compartilhar. Talvez isso fizesse com que eu me sentisse mais próxima dessas mulheres e amenizasse um pouco o meu medo de não ser “aceita” ou não ter meu trabalho acolhido, por ser mais uma pesquisadora, branca e “de fora”, querendo investigar um tema tão íntimo e complexo. Apesar da chancela de Fiota, em vários momentos outras estratégias de negociação foram sendo desenvolvidas em campo para que alguns assuntos pudessem ser conversáveis. Eu me apresentava por meio do

meu trabalho de *doula*, explicando como funcionava e que, a partir dele, me interessei em saber como o parto acontecia em outros lugares e decidi realizar a pesquisa na Universidade. Explicava que apesar de não saber se o trabalho renderia algum retorno como o esperado por elas, eu desejava que a pesquisa pudesse ajudar a dar visibilidade para as questões que as parteiras e mulheres estavam vivendo no cenário obstétrico que vinha se configurando. E também afirmei que eu gostaria que as parteiras pudessem voltar a atender, caso assim desejassem, tendo algum reconhecimento e retorno financeiro por parte do governo, além de garantias de integração com as políticas de saúde – o que todas concordavam que seria muito bom.

Utilizar a minha experiência, como profissional e como mãe, me abriu caminhos diversos no trabalho de campo. Eu só conseguia ter mais informações sobre os atendimentos domiciliares quando me posicionava, contando também dos atendimentos que eu realizava. As mulheres entrevistadas passavam a falar das experiências que avaliavam como negativas somente após eu compartilhar a minha experiência de parto ou quando eu relatava a experiência de alguma mulher que acompanhei. Antes disso, os relatos sobre os partos hospitalares eram sempre muito curtos e demonstravam satisfação com o atendimento ou, ao comparar com as experiências em casa, avaliavam como se não houvesse diferenças.

A maioria das parteiras nas entrevistas me tratava como parteira ou de “igual para igual”. Eu tentava explicar que eram trabalhos diferentes, mas sempre ouvia frases como: “Você que sabe do que eu estou falando, pois você também é parteira”. E eu, com a minha lógica da divisão do trabalho na cidade e a preocupação em como os meus pares encarariam essa afirmação¹⁵, tentava explicar que era um trabalho um pouco diferente e que o meu ofício não descartava a necessidade de ter uma parteira (ou médico) atuando junto. E elas perguntavam: “Você já pegou quantos meninos?”. Eu não tinha como negar que já havia *pegado* alguns, pois nesses anos de trabalho, alguns partos aconteceram antes que desse tempo de chegar ao hospital, e assim eu acabei por *pegar* uns sete ou oito *meninos*. Eu contava quantos *peguei*, explicando o motivo do incidente e elas concluíam: “Então você já é parteira!”. Eu sorria e me conformava, aceitando o título provisório.

¹⁵ É comum a associação de parteiras e *doulas* nas cidades e este fato gera alguns conflitos com as categorias da Enfermagem e Medicina, sendo a confusão comumente usada para associar a curta duração da formação das *doulas* ao risco de prestar assistência ao parto, como parteira, sem ter habilitação técnica para tal função. Com isso, são frequentes as publicações em textos, estudos e notas que buscam dissociar as duas profissões, enfatizando as limitações na atuação das *doulas*.

Como já foi dito anteriormente, a noção de que o trabalho com as mulheres que eu atendia deveria integrar a pesquisa só se deu após a pesquisa de campo em Goiás. Apesar de eu me dar conta, ainda em Goiás, de que as experiências *de lá* me conectavam com as experiências *daqui*, e da minha orientadora já me alertar sobre isso há algum tempo, foi só no exame de qualificação que entendi que precisava assumir a mudança no recorte da pesquisa. Sendo assim, o olhar mais apurado para as experiências e questões que se apresentavam com o meu trabalho, foi sendo construído nestes últimos meses. As narrativas *daqui*, até então, foram feitas por mim, a partir da minha experiência de acompanhamento dessas mulheres e dos seus relatos escritos (alguns publicados em redes sociais) e orais (quando voltavam aos grupos de gestantes para contar suas experiências para as outras, ainda gestantes) que eu já conhecia. Contudo, no final da pesquisa, senti falta de algumas informações sobre as quais me interessei e selecionei algumas dessas mulheres para pedir que respondessem a um pequeno questionário que eu havia preparado. Dentro do perfil selecionado, a maioria das mulheres possui mais de um filho e teve experiências em locais de parto diferentes nas gestações, sendo pelo menos uma delas no hospital. Um grupo menor teve apenas uma experiência de parto e uma das mulheres não teve meu acompanhamento como *doula*, mas participou de um dos debates sobre parto em que fui mediadora. Dentre os locais de parto, foram contempladas experiências no hospital, em domicílio e em trânsito.

A escolha por trabalhar com narrativas se deu por acreditar na potencialidade das histórias de parto quando descritas por quem vivenciou o processo. Os relatos escritos nos grupos virtuais, as histórias contadas nas rodas de gestantes e também as narrativas feitas com recursos audiovisuais – os vídeos de parto – possibilitaram, inclusive, construirmos outro olhar estético sobre o ato de parir –, geralmente associado à sujeira, ao horror, ao exagero e ao sofrimento desnecessário nos tempos atuais. Como já relatei, fui umas dessas mulheres afetadas por relatos de parto, não só no âmbito das emoções, como também sendo impactada de modo a provocar novas reflexões sobre questões vivenciadas por mulheres, além de uma nova concepção sobre o corpo feminino. Ao trabalhar com grupos de mulheres, percebo que, com suas narrativas, elas desejam auxiliar outras a terem seus desejos respeitados em relação aos seus corpos. Ao apresentar esse material como produto da pesquisa, busco contemplar as diversas vozes dessas mulheres e o seu modo de contar as suas histórias. Nesse sentido, optei por não diferenciar os relatos das minhas interlocutoras e os da minha escrita (com recurso de

aspas e fonte em tamanho menor), uniformizando o registro de todos os relatos com o intuito de não hierarquizar as diversas vozes contempladas neste trabalho.

Conforme observa Benjamin (1987:198), as narrativas tratam da faculdade de intercambiar experiências, que já no início do século XX observou estar em desuso: a experiência que passa de pessoa para pessoa, característica dos relatos orais, cede lugar à era da informação, da profusão de relatos em que o indivíduo não tem mais a intenção de se vincular à descrição dos fatos, histórias e pessoas. Ao contrário, passam a descrevê-los de forma distanciada, voltados para si mesmos, ou para o objeto da informação, sem se preocupar com a realidade do seu semelhante e a transmissão de uma experiência que os conecta.

No caso, ao trazer para o cerne da minha análise os relatos de parto compartilhados por mulheres Kalunga e pelas mulheres que acompanho nos diferentes cenários de humanização do parto na cidade do Rio de Janeiro, passo a compartilhar das narrativas que as conectam como mulheres que vivenciaram as experiências do nascer, me inserindo nessa rede sem a pretensão de identificação, mas compreendendo a singularidade da experiência e de sua partilha como produção de conhecimento.

É nesse aspecto, inclusive, que oriento meu entendimento na produção de conhecimento a partir do procedimento etnográfico. Como já mencionei, parte do conhecimento adquirido durante o trabalho de campo se processou quando estava menos preocupada com a aplicação de um roteiro de entrevista ou o uso do gravador e mais envolvida em situações de comunicação involuntária e desprovida de intencionalidade que se desenvolviam muito em função do reconhecimento de uma mesma experiência compartilhada, seja a experiência de quem já pariu, ou a experiência de quem “já pegou menino”. Nesse sentido, conforme observa Favret-Saada (2005), o desafio é conseguir dar o mesmo “estatuto epistemológico” para ambas as situações.

A sugestão da autora é “reabilitar a ‘velha sensibilidade’, propondo que se faça da ‘participação’ um instrumento do conhecimento” (Favret-Saada, 2005: 157). Nem observação participante – uma contradição em termos –, nem apenas observação que reifica a separação sujeito e objeto, a participação proporciona a possibilidade de experimentar por conta própria os efeitos reais de uma rede particular de comunicação humana.

Não se trata, no entanto, de escolher ocupar um tal lugar nessa rede de comunicação com a finalidade de proceder a uma espécie de operação de conhecimento por empatia (ver Favret-Saada, 2005: 158-9). Ao contrário, trata-se de reconhecer que “ocupar tal lugar (...) não

me informa nada sobre os afetos do outro; ocupar tal lugar afeta-me, quer dizer, mobiliza ou modifica meu próprio estoque de imagens, sem, contudo, instruir-me sobre aquele dos meus parceiros” (idem: 159).

Nesse sentido, o procedimento etnográfico busca meios de constatação de que essa experiência é mais uma dentre tantas outras que se sucederam no curso da história e que se distribuem no espaço. Assim, o etnógrafo procede como o narrador.

Ainda de acordo com Benjamin, o narrador é alguém que sabe dar conselhos:

Aconselhar é menos responder a uma pergunta que fazer uma sugestão sobre a continuação de uma história que está sendo narrada. Para obter essa sugestão, é necessário primeiro saber narrar a história (sem contar que um homem só é receptivo a um conselho na medida em que verbaliza a sua situação). O conselho tecido na substância viva da existência tem um nome: sabedoria. A arte de narrar está definhando porque a sabedoria - o lado épico da verdade - está em extinção”. (Benjamin: 1987: 200/201).

Nas rodas de conversa entre mulheres, através dos seus relatos de parto, de nascimentos se construiu este estudo, no compartilhamento de experiências que viabiliza a circulação de conhecimentos que se querem subalternizados.

Os recursos audiovisuais

O uso do audiovisual tem sido um recurso muito utilizado na minha atuação no Rio de Janeiro como *doula*-pesquisadora, como já foi dito, por acreditar nos impactos positivos que as imagens relativas ao parto podem possibilitar a outras mulheres e a elas próprias, que vivenciaram o processo. Assim, sempre que é possível, e não vai contra o desejo de algum dos envolvidos no evento, eu produzo imagens com os recursos mais simples, como câmera de celulares ou outros equipamentos disponibilizados pelas gestantes e acompanhantes. Sem grandes pretensões de desdobramentos com o material produzido, entrego-o às mulheres, as protagonistas das *cenas*. O retorno é, na maioria das vezes, impactante: algumas delas não lembravam (ainda que, antes do parto, tenham concordado com a possibilidade) que eu havia fotografado ou filmado e se emocionam muito quando se veem *em cena*. Algumas delas têm essa surpresa ao olharem as galerias de seus celulares, já que, em geral, dou preferência para

usar os seus equipamentos, com a autorização do acompanhante. Com isso, muitas dessas mulheres usam essas imagens para fazer a reconstituição da memória do parto – já que é muito comum o esquecimento parcial ou quase total do processo –, utilizando-as também para divulgação em canais de vídeos e redes sociais, com a intenção de encorajar outras mulheres a vivenciar a experiência do parto.

Em território Kalunga, o trabalho de produção de imagens foi outro. Sem pretensões de acompanhar gestantes ou partos no local, utilizei os recursos da fotografia e do vídeo para registrar os meus estranhamentos e encantamentos com o território, as pessoas e com as histórias sobre parto, com uma câmera cedida para o trabalho de campo, pelo Laboratório do Filme Etnográfico da Universidade Federal Fluminense (UFF). É essencial destacar a parceria de Juliana Tonalezzi e Eduardo Yatri, do projeto *Raízes das Imagens*¹⁶, parceiros que conheci “na estrada” e que me apoiaram nesse projeto, me auxiliando na utilização do equipamento, na produção do material e também na realização das imagens, enquanto eu ficava mais à vontade para o trabalho etnográfico, sem as preocupações da realização das entrevistas com o equipamento para registro. Outro ponto essencial nessa parceria foi o revezamento de equipamentos, cartões de memórias e baterias, tendo em vista que, sem luz elétrica, tínhamos duração limitada dos nossos recursos.

Uma pequena parte desse material será disponibilizada nesta dissertação. O material Kalunga, na íntegra, será restituído às pessoas que disponibilizaram suas imagens no Vão de Almas, na minha próxima ida ao local. Pretendo também aproveitar parte do material produzido para a realização de um filme etnográfico.

Algumas observações em relação à escrita

A escolha pelo uso de nomes originais ou pseudônimos nesta pesquisa se deu de acordo com as situações vivenciadas em campo. Sendo assim, sempre que houve dúvida sobre a possibilidade de afetar o sentimento de segurança e a privacidade das minhas interlocutoras, optei por usar pseudônimos ou editar trechos das entrevistas que pudessem expô-las a situações constrangedoras ou conflituosas; o mesmo sucedeu nos casos onde as participantes integram a

¹⁶ <http://raizdasimagens.org/> (acesso em 01/09/2016)

entrevista sem quaisquer formalidades ou conversas *a priori* sobre o meu trabalho, não me oferecendo garantias de que estariam confortáveis com a reprodução de suas falas. Outra situação em que escolhi utilizar pseudônimos foi em algumas das narrativas de minhas experiências de acompanhamento de parto, quando não foi possível o contato com as personagens da história narrada ou não publiquei a versão delas sobre a experiência.

A respeito dos sobrenomes, muitos deles não coletados durante as entrevistas, entendo que o seu uso não é fundamental, uma vez que trabalhei com os apelidos e com os modos como as pessoas são reconhecidas em seus contextos sociais. Sempre que eu pedia que para que um entrevistado se identificasse, para que eu pudesse encontrá-lo depois ou saberem de quem eu estava falando (nos casos em que eu precisaria voltar à casa para fazer uma entrevista ou levar algum material prometido), usavam o nome do cônjuge ou de um parente muito conhecido pela maioria, como “Calisto de Fiota”, “Laura de Oswaldo”, “Sebastião de Adir”. Esta forma de operar era a que funcionava na prática, mais do que o uso dos sobrenomes, chegando um dia a ser motivo de brincadeira entre os filhos de Fiota, que experimentavam combinar o meu nome com o de possíveis “pretendentes”, me contando como eu seria chamada se me casasse com um deles e avaliando se as junções de nomes combinavam ou não. Ao tentar obter alguns desses sobrenomes das pessoas entrevistadas com o Carlinhos (filho de Fiota), tive que identificar as pessoas dessa mesma forma para que ele soubesse de quem eu estava falando. Desse modo, sempre que possível, utilizarei os sobrenomes dos meus interlocutores, mas priorizarei o *modus operandi* nativo.

Para fins de entendimento de conceitos e termos técnicos específicos da obstetrícia, bem como contextualizações sobre as relações entre os diversos atores, que são muito recorrentes neste trabalho, utilizarei o recurso de notas para não interromper a fluidez do texto com explicações sobre cada termo. Contudo, opto pelas notas de fim de página como modo de facilitar as consultas, entendendo que, em alguns casos, serão importantes para a compreensão de alguns elementos do texto e continuidade da leitura. O uso do glossário, localizado no fim desta dissertação, ajudará a compreender alguns termos nativos (tanto do contexto Kalunga, quanto do cenário dos partos no Rio de Janeiro) que não achei necessário explicar ao longo dos capítulos, por não impedirem a compreensão do sentido das frases. Essas expressões locais receberão o recurso do itálico. Esse mesmo recurso, em itálico, será aplicado aos nomes, termos

e conceitos em língua estrangeira. Os trechos de falas e conversas, ao longo do texto, serão destacados por aspas.

Outro ponto importante diz respeito à utilização das categorias “parteira” e “parteira tradicional”: optei por não utilizar o adjetivo “tradicional” para me referir às parteiras Kalunga por considerar que é uma categoria que não faz sentido para elas e não é utilizada no local, utilizando-se apenas “parteira” e outras categorias nativas, que serão explicadas no terceiro capítulo. No referido capítulo, destacarei também as situações em que tive dúvidas sobre a utilização do conceito de parteira no território. Portanto, ao me referir às enfermeiras obstetras e obstetrizes neste trabalho, que no cenário atual também utilizam a categoria “parteira” algumas vezes associada a adjetivos que as diferenciem das parteiras não formadas academicamente - como por exemplo: “parteiras urbanas”; “parteiras profissionais” ou “parteiras formadas” - utilizarei seus títulos “oficiais” (Enfermeira Obstetra ou Obstetriz), optando por “parteira” apenas quando se fizer necessário, sem outras adjetivações. Sendo assim, a prioridade para utilização da categoria “parteira” neste trabalho é para o ofício das minhas interlocutoras Kalunga e de outras parteiras brasileiras citadas nos estudos apresentados.

Sobre consentimento, restituição e as relações na produção de conhecimento

Ainda que esta pesquisa tenha um caráter etnográfico, ao envolver estudos da área de saúde e ambiente hospitalar, vimos que de acordo com a Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que foi concebida para regulamentar as pesquisas em situações biomédicas, tem sido exigida a utilização do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) nos estudos envolvendo seres humanos. Contudo, essa obrigatoriedade vem sendo problematizada na antropologia (DUARTE, 2011; FLEISCHER e SCHUCH, 2010), ao se considerar, entre outras questões, que este modelo de regulamentação não é adequado para as pesquisas com pessoas nas Ciências Humanas e não leva em conta “a profundidade do comprometimento do pesquisador com o seu contexto de pesquisa nem a complexidade das situações de autonomia e responsabilidade dos agentes sociais envolvidos em tais processos” (OLIVEIRA *apud* DUARTE, 2011). Assim, apesar de ter optado por não

utilizar os temas de consentimento formais nesta pesquisa, acredito que as autorizações, ainda que informais, e os limites da pesquisa se deram de acordo com as relações que foram sendo construídas. Decidi seguir a orientação, já explicitada acima, de evitar publicar relatos, nomes e histórias que possam gerar quaisquer tipos de desconfortos ou conflitos.

Por fim, considero importante ressaltar que a etnografia sobre a prática das parteiras em Melgaço, de Soraya Fleischer (2011), foi uma grande inspiração para este trabalho. Ainda que os rumos da minha pesquisa tenham deslocado o foco das parteiras Kalunga, o livro de Fleischer (2011) e também sua tese muitas vezes orientaram a minha escrita, as minhas abordagens, me dando ânimo cada vez que eu parecia me desviar do caminho ou desacreditar do trabalho, além de ter se tornado uma referência no exercício de tentar não reproduzir equívocos comuns na abordagem dos trabalhos sobre partos e parteiras. Contudo, reconheço que por se tratar de uma dissertação de mestrado e o meu primeiro exercício de escrita acadêmica, muitos desses equívocos e binarismos persistem e, assim, semeiam o desejo de continuidade e desdobramentos futuros. No primeiro contato que fiz com a Soraya, no início da pesquisa, para conversar sobre o meu trabalho, ela foi muito atenciosa e me deu dicas importantes, sendo uma delas que eu não deixasse de manter contato com as minhas interlocutoras quando terminasse o trabalho, ressaltando que seria muito ruim esse afastamento após finalizar o campo. Essa “chamada” ficou sempre ecoando a cada momento que eu, por motivos diversos, me afastava.

O contato com as pessoas com quem me relacionei no Vão de Almas era bem difícil, pela ausência de energia elétrica e acesso a telefone. Em raríssimos pontos existem antenas de telefone de operadoras móveis, que funcionam conectadas ao aparelho por um cabo, só sendo possível receber chamadas na casa que abriga a antena – que, em geral, fica a pelo menos duas horas de caminhada da casa de Fiota. No entanto, a nossa comunicação continuou ocorrendo mesmo após os termos de cada etapa do trabalho, sobretudo porque a relação se deu para além dos limites da pesquisa, gerando saudades e boas lembranças. Calisto e Fiota me ligaram por diversas vezes para saber como eu e Cora estávamos. Do mesmo modo, eu sempre busquei retornar as ligações, tentando acertar quando estariam em Cavalcante, que era o único momento em que o telefone do Calisto funcionava. Com a ida de seu filho Carlinhos para a cidade, para cursar o ensino médio, passamos a nos comunicar também por aplicativo de mensagens instantâneas¹⁷ e então eu pude perguntar por seus pais e saber quando estariam em Cavalcante,

¹⁷ Pelo aplicativo *WhatsApp*.

assim como mandar recados. Em nosso último contato, enviei uma gravação de áudio para que Fiota ouvisse e fiquei muito emocionada com a sua resposta, gravada meio sem entender bem como a minha voz tinha chegado até ela, dizia ter acabado de chegar do Kalunga e que tinha ficado muito feliz com o recado que tinha recebido. Disse que desejava que eu sempre estivesse perto dela, lá no seu “local”, “no Kalunga”, pois tinha gostado muito da minha presença e da minha *moral*, e também de Cora – que já devia estar muito crescida e muito esperta –, desejando também que *Jesus Cristo* abençoasse o meu trabalho. Axé!

A organização desse trabalho

A organização dos capítulos foi feita de forma a buscar se aproximar da lógica da pesquisa, após situar a minha aproximação com o tema, a minha trajetória profissional e as mudanças na delimitação do tema, que se deram ao longo de todo o processo. No primeiro capítulo, conheceremos o cenário obstétrico brasileiro atual, partindo de referências da pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e Nascimento* (FIOCRUZ, 2014), após termos um breve histórico sobre os processos de medicalização do parto no país. Neste capítulo, destaco também a participação de diversos atores no processo que vai constituir o “movimento de humanização do parto”, de onde partem as minhas primeiras referências.

No segundo capítulo, apresento o cenário obstétrico do Rio de Janeiro, partindo de narrativas de experiências dos acompanhamentos de partos que realizei entre os anos de 2009 e 2015, e de relatos das mulheres das quais fui *doula* ou conheci a partir da mediação de grupos de gestantes.

No terceiro capítulo, relato a minha experiência com o trabalho de campo em Goiás, apresentando o território com uma breve história da constituição da área quilombola – fazendo-se necessário ressaltar que a problematização do quilombo não é o recorte deste trabalho e, por isso, não será aprofundada –, e dando a conhecer a paisagem local e as formas de acesso a partir dos meus deslocamentos. Em seguida, apresento o cenário da assistência obstétrica às mulheres do Vão de Almas: da situação atual das parteiras locais - garantindo espaço para as narrativas de suas experiências e memórias-, às experiências de parto das gerações mais novas, nos hospitais dos municípios do entorno.

Na conclusão do trabalho, busco aproximar as duas experiências, tão diversas e complementares, analisando a situação do nascer no Brasil, que passa por intensa medicalização e hospitalização, enquanto os saberes das parteiras são desvalorizados e invisibilizados. A intenção é conjugar essas experiências em dois importantes aspectos que se revelam nos processos: de um lado, a medicalização do parto, que atinge às duas regiões, como um modelo produtor de violência obstétrica; de outro, observando que no processo histórico de “dominação de gênero” na parturição, as mudanças não aconteceram sem resistências.

CAPÍTULO UM

NASCENDO NO BRASIL¹⁸

1. A pergunta que não quer calar: como nascemos?

Pensar a nossa história a partir de nossos nascimentos não é algo muito comum. Tenho feito o exercício de perguntar a crianças, jovens e adultos sobre seus próprios nascimentos e constato que a maioria das pessoas pouco sabe sobre a maneira como nasceram. Em muitos casos, até se depararem com a pergunta “Como você nasceu?”, nunca tinham conversado sobre o assunto ou se interessado com mais profundidade, sabendo responder apenas se foi parto normal ou cesariana. A questão, todavia, se mostrava instigante para muitas pessoas, provocando discussões diversas.

Nos grupos de apoio ao parto em que atuo mediadora, os participantes normalmente trazem em suas falas a história dos seus nascimentos como um elemento importante para pensar o futuro nascimento de seus filhos. Alguns contam sobre a falta de informações sobre o evento, os relatos que ouviram desde a infância, como também as histórias que resolveram buscar após entrarem em contato mais próximo com o universo dos partos e nascimentos. É muito comum que mulheres tragam as histórias de suas mães, com a crença de que, geneticamente, estão fadadas a viver os mesmos desfechos em seus partos.

Ao perguntar sobre parto num grupo qualquer de contextos urbanos, podemos perceber que a via de nascimento, na maioria das vezes, varia de acordo não somente com a classe social, mas também com a geração da qual se escuta o relato. No Rio de Janeiro, por exemplo, num debate sobre “Direitos sobre o corpo”, parte da III Semana de Diversidade de Gênero, realizada pelo Colégio Pedro II, em 2015, pedi a um auditório lotado que sinalizasse quem havia nascido de parto normal e quem havia nascido de cesariana. O público era, em sua maioria, de pessoas dos 14 aos 17 anos, das quais pelo menos 70% declarou ter nascido por via cirúrgica.

Num outro grupo, só com mulheres na faixa dos 30 aos 70 anos, pedi que trouxessem a memória de duas mulheres importantes para a sua história de parto ou nascimento. A maioria

¹⁸ Este texto é parte da dissertação de mestrado intitulada “Do Rio de Janeiro ao Rio de Almas, narrativas de nascer”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cultura e Territorialidades (PPCulT) da Universidade Federal Fluminense, em 2016, com a orientação da Profa. Dra. Ana Lúcia Marques Camargo Ferraz.

mencionou a mãe e a avó, ou alguma mulher que participou da sua criação ou ajudou no parto. Todas contaram um pouco de sua história de nascimento ou parto e do quanto essas mulheres foram importantes nesses momentos. Além da enorme comoção que isso causou em todas nós – que chorávamos junto com cada uma que relatava emocionada –, notamos que, na maioria das histórias, as avós haviam nascido de parto em casa e as mães, mesmo as nascidas em hospital, quase todas nasceram de parto normal.

As mulheres mais velhas, quando falavam de suas mães, e as mais jovens, quando falavam sobre suas avós, diziam frases bem parecidas, variando um pouco apenas na quantidade de filhos nascidos – “Minha avó pariu onze filhos em casa”; “Minha mãe pariu treze filhos, todos de parto normal!”, “Minha avó pariu dezessete em casa e também era parteira!” –, mas, quando iam relatar a maneira como pariram, a mudança nas formas de nascer como fator associado à idade era notável: as mulheres com mais de 50 anos tiveram parto normal, na maioria dos casos, e relatavam as várias intervenções médicas como inerentes ao parto normal, sem saber que aquelas intervenções poderiam não ter sido realizadas. Para a maioria, as intervenções de rotina foram naturalizadas como uma parte necessária para o parto, visto, por isso, como um processo doloroso e traumático. Surgiram ainda relatos de partos mais fáceis e tranquilos, geralmente associados ao tempo de duração (partos considerados rápidos) ou à realização de cursos de “preparação para o parto”, em que ensinavam técnicas de respiração e relaxamento.

Já entre as mulheres mais jovens, na média de 30 anos, a maioria teve filhos por cesariana ou relatou a luta para conseguir um parto normal ou “humanizado”, e, em número menor, apareceram casos de partos domiciliares e partos sem intervenções, considerados mais “naturais”.

Essa curta amostragem adquirida com a experiência como mediadora de grupos de gestantes ou em debates sobre as formas de parir e nascer – que se conectam também com as narrativas de minhas experiências familiares – reflete não só o cenário atual do nascimento no Brasil, mas também revela, em parte, um processo recente de medicalização e hospitalização do parto no país, tendo como uma de suas consequências mais recentes a crescente

“cirurgificação” do nascimento brasileiro, sobretudo na classe média. Tal cenário do mesmo modo se confirma a partir de minha experiência como *doula*¹⁹.

O trabalho de campo no Vão de Almas e, em parte, no município de Cavalcante me mostrou um cenário um pouco diferente do que eu estava habituada a observar com frequência: apesar do cenário bastante medicalizado atualmente, os nascimentos por via cirúrgica são bem menos frequentes, não sendo considerados, em geral, um desfecho provável ou uma opção entre as mulheres entrevistadas. Considerando que esta constatação não pretende refletir uma totalidade do município, pretendo realizar aproximações, fazendo uma breve reflexão sobre os diferentes processos de medicalização no país, a partir das vivências e narrativas coletadas entre as mulheres Kalunga, bem como das experiências como *doula* no Rio de Janeiro.

Com o intuito de compreender como se deu esse recente processo de medicalização dos partos no Brasil, os modelos de atendimento e as mudanças no cenário do nascimento – do espaço doméstico, atendido por parteiras, para o espaço hospitalar, atendido por médicos –, busquei pesquisas históricas acerca do tema, que acredito que possam contribuir para o debate atual da assistência ao nascimento. Os estudos em questão (MOTT, 1999-2002; BARRETO, 2008; AMARAL, 2008) destacam processos de medicalização vividos nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, e apontam para fins do século XVIII e início do século XIX como um período crucial para as transformações no modelo hegemônico de atendimento ao parto.

Ainda que minha pesquisa não se relacione diretamente com o estado da Bahia, foco das pesquisas de Barreto (2008) e Amaral (2008), as referências ao processo de medicalização do parto nesse estado aparecerão com bastante frequência neste capítulo por se tratar de um dos primeiros a passar pelo processo de hospitalização do parto, sendo um dos pioneiros na criação de cursos de partos nas faculdades de Medicina e na criação de uma maternidade-escola, porém, ainda assim, apresentando processos diferenciados na regulação e fiscalização das parteiras.

Outro elemento interessante nesses estudos é a percepção de que o processo de medicalização do parto não se deu sem resistências por parte da sociedade, sobretudo gestantes, parteiras e famílias, tendo sido as mulheres baianas, no contexto de cidades “modernizadas”, as que mais demoraram a aderir à inserção do médico na cena do parto, evidenciando, assim,

¹⁹ Doulas são profissionais treinadas e capacitadas para acompanhar as gestantes e parturientes. Sua função é dar suporte durante a gestação, pré-parto, parto, pós-parto e puerpério se utilizando de recursos de conforto, suporte emocional e alívio físico, técnicas não farmacológicas diversas e informações sobre o sistema obstétrico, com a finalidade de promover o bem-estar neste período.

elementos como: a satisfação com a assistência das parteiras, a desconfiança e as reservas em relação à figura do médico, além de valores morais pautados por uma sociedade religiosa e conservadora, que não via com “bons olhos” que o sacralizado corpo feminino fosse tocado por um profissional do sexo masculino, sobretudo em suas partes mais “íntimas”.

Não é minha intenção aprofundar o debate sobre o processo histórico que envolve a assistência ao parto, de modo que muitos elementos não serão contemplados em minha pesquisa. Alguns desses dados históricos serão utilizados ao longo deste trabalho estabelecendo diálogo com o período contemporâneo – que é o foco desta pesquisa. É necessário ressaltar que o processo de medicalização do parto se deu de forma assimétrica no país, obedecendo às singularidades das diversas regiões, o que torna impossível realizar uma leitura linear da história da parturição no Brasil. Acredito também que esses processos se encontram em transformação e construção constantes, a partir das relações de tensões e negociações entre os diversos atores envolvidos nesse contexto.

2. Do domicílio ao hospital: um breve histórico do processo de medicalização do parto no Brasil

De acordo com estudos diversos (Mott, 2002; Barreto, 2008; Amaral, 2008), até o final do século XIX o parto domiciliar ainda era o modelo hegemônico de assistência no Brasil, sendo assistido em sua quase totalidade por parteiras – que eram também as principais referências no tratamento de problemas de saúde e doenças da população feminina. Maria Lúcia Mott (2002) destaca que a maioria das parteiras que empreendia os partos até esse período era de “leigas” e, mais raramente, os partos eram assistidos por parteiras “diplomadas”. A subdivisão por categorias é explicada por Maria Renilda Barreto:

Quanto à formação, as parteiras podiam ser ‘ocasionais’ ou ‘de ofício’. As primeiras colocavam-se como responsáveis pelo parto ou como auxiliares deste esporadicamente, e não possuíam essa atividade como profissão principal ou secundária. As parteiras de ofício cuidavam da parturição como profissão, subdividindo-se em três categorias: as ‘leigas’, as ‘examinadas’ e as ‘diplomadas’. As leigas possuíam apenas o saber empírico-sensorial. As examinadas eram avaliadas por cirurgiões indicados pela Fisicatura-mor, órgão responsável pela regulação e fiscalização dos profissionais das artes de curar: após responderem perguntas teóricas

e práticas, recebiam uma carta que as autorizava a praticar a arte de partejar. [...] Por fim, as parteiras diplomadas eram aquelas que cursavam obstetrícia na Faculdade de Medicina da Bahia ou do Rio de Janeiro, a partir de 1832. (Barreto, 2008: pp. 904-5).

A presença médica era solicitada apenas em casos de maiores complicações no parto, que não pudessem ser resolvidas pelas parteiras. Em casos mais dramáticos, a preferência era preservar a vida da mãe, sendo a cesariana praticada somente em caso de morte materna. Para os fins de salvação da vida da mãe, foram criados os primeiros instrumentos cirúrgicos, que podiam ser utilizados para extração do feto, mas ainda sem a tecnologia adequada para realizar o procedimento mantendo a sua vida.

Embora houvesse esforços para a regulamentação e controle da prática do partejar desde o século XVI, as parteiras permaneciam sendo a referência para mulheres e famílias; somente no final do século XVIII o discurso médico passa a ser mais incisivo, ao difundir a visão da gestação e do parto como patologias a serem administradas por profissionais cirurgiões e médicos, possibilitando, desse modo, construir “a base ideológica que justificou o ingresso desses profissionais no mundo de práticas e saberes eminentemente femininos” (Barreto, 2008: p. 902). Maria Renilda Barreto observa a utilização do conhecimento científico sobre o corpo feminino como também a “capacidade técnica para aplicar manobras obstétricas, medicamentos e instrumentos auxiliares do parto” como justificativa de que cirurgiões e médicos seriam os profissionais mais adequados para a assistência ao parto, porque se dedicavam à “ciência do parto”, abandonando as concepções “mágicas” e “fantasiosas” sobre o funcionamento do corpo das mulheres:

Neste contexto multiplicaram-se os tratados sobre a obstetrícia e abandonaram-se as explicações especulativas sobre o corpo humano. Os estudos de anatomia, patologia, fisiologia e clínica, assim como as descobertas da física, química e terapêutica, foram incorporados aos novos manuais da obstetrícia, que passaram a circular no século XIX, alguns fizeram parte do acervo da biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia. O nascimento transformou-se em “ciência dos partos”, como disse Velpeau em 1835. (Barreto, 2008: p. 905).

De todo modo, mesmo com a aproximação médica da assistência ao parto, o domicílio continuava sendo o local oficial para o nascimento no Brasil. Os locais mais comuns para

realizar o parto eram a casa da gestante ou de uma pessoa da sua relação. Outra opção, a partir do século XIX, era o atendimento nas casas das parteiras, que acabaram se ampliando e formando “casas de maternidade”, administradas pelas parteiras para atender mulheres que não pudessem ter os partos em suas residências:

Ali eram atendidas em geral as escravas, negras livres, e mulheres que, por alguma razão, estavam impedidas de dar à luz em suas casas, como as provenientes do interior, mães solteiras e as viúvas. Apesar da importância do serviço e do socorro oferecido, muitos médicos desqualificavam esses estabelecimentos, tidos como suspeitos, locais onde a clientela era composta por mulheres de má fama e praticavam-se abortos, até que, na primeira década do século XX, foram proibidos de funcionar. (Mott, 2008: p. 199).

As propostas de criação de espaços reservados para o parto, fora dos domicílios, começaram a surgir com a necessidade de treinamento prático para médicos e parteiras em formação, nos cursos de partos. Inicialmente, houve em algumas cidades a tentativa de criação de enfermarias femininas dentro dos hospitais e casas de saúde, que por motivos diversos não foram experiências bem-sucedidas, nem atraíram a população feminina para o espaço hospitalar, chegando mesmo a ser um modelo de atendimento evitado pelas mulheres.

A ideia de criar um hospital exclusivo para atender parturientes era inovadora fora do Brasil, e teve um de seus primeiros projetos no Rio de Janeiro em 1832, que acabou não sendo concretizado. Até o final do século XIX, o sonho de criação de maternidades-escola ainda não havia sido realizado, o que fazia com que a maioria dos médicos fosse formada sem que nunca tivessem assistido a um parto, realizando todo o seu treinamento de manobras obstétricas em manequins. A ausência de espaços específicos para a realização de treinamento médico era a principal reclamação dos professores e estudantes da época:

A falta de uma maternidade foi denunciada de forma veemente ao longo da segunda metade do século XIX por professores das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Domingos Marinho de Azevedo Americano, ao fazer um balanço da Obstetrícia no Império, afirmava que, embora a disciplina fosse bem desempenhada no que se referia à teoria, nada existia quanto a clínica de partos. Propunha a criação de uma maternidade onde as mulheres fossem “ter seu bom sucesso”. Reconhecendo que estas não iriam voluntariamente, sugeria que fosse

oferecida uma recompensa para aquelas que aparecessem para serem atendidas. Quantos às senhoras, acreditava que mandariam as escravas para o hospital só para não terem despesa e correrem o risco de alguma complicação. (Mott, 2002: p. 200).

Vimos que os diversos esforços para tornar o médico a melhor opção para a assistência ao parto não foram facilmente assimilados, nem obtiveram grande adesão ainda no século XIX. Mesmo com a criação das primeiras maternidades, no início do século XX, e com as estratégias para que as mulheres procurassem esse local para realizarem o parto, a maioria ainda preferia a assistência das parteiras, “que transmitiam mais segurança e comodidade, visto que, até pouco tempo, a realização de uma intervenção cirúrgica, como uma cesárea, implicava em grandes riscos para a mãe e para a criança” (Amaral, 2008: p. 932).

Este fato também foi afirmado por Mott, ao explicar que a resistência das mulheres se relacionava à ideia de que “dar à luz fora de casa era uma situação anormal, considerada apavorante e procurada apenas em casos extremos” (2002: p. 198). No entanto, é importante destacar que as dificuldades que os médicos encontraram para a inserção e domínio no cenário do nascimento não foram exclusividade da Bahia ou do Brasil; em outros países, encontraram problemas semelhantes. Diante desse cenário, observou-se a coexistência das práticas do parto domiciliar e do parto hospitalar durante boa parte do século XX.

Com o argumento da necessidade de controle de epidemias e das altas taxas de mortalidade, sobretudo a infantil, atribuída em grande parte à “ignorância das parteiras” (Barreto, 2008), foram promovidas, por parte do Estado, intervenções cada vez mais frequentes baseadas em políticas de controle social que obedeciam à lógica das grandes cidades europeias, com o objetivo de “moralizar” os costumes, impactando no modo de vida e até na circulação das pessoas.

A população feminina era um dos alvos principais das políticas de controle, principalmente as mulheres pobres e que fugiam do perfil “ideal” de mulher, que tinha como requisitos básicos a religiosidade, a prática da caridade, o “bom comportamento” e o casamento, já que a família nuclear era considerada uma importante instituição para o projeto higienista. Segundo Amaral, o papel desempenhado pela imprensa nesse período foi fundamental para que os ideais médicos, referenciados pela perspectiva das elites, passassem a fazer parte da vida cotidiana das mulheres:

Através dessas matérias a imprensa construía representações simbólicas acerca dessas mulheres, consolidando uma opinião pública sobre as mesmas. Era justamente por meio desse veículo formador de opinião que os médicos da Faculdade de Medicina da Bahia buscavam discutir a forma como as mães baianas deveriam parir, cuidar de seus filhos e estabelecer assim novos padrões de comportamentos. (2008: pp. 933-4).

O historiador Marivaldo Cruz do Amaral, em pesquisa que trata da participação da imprensa baiana nos processos de medicalização do parto no início do século XX, aponta que a “onda modernizante” que se configurou no país foi fruto do processo iniciado na Europa no século XVIII, devido ao crescimento populacional e das epidemias nas cidades, o que incluiu novas pautas na agenda higienista. Com isso, Amaral observa que para as mulheres baianas foram oferecidas novas possibilidades de atendimento ao parto, com grande incentivo à prática do parto hospitalar, a partir de “uma ampla campanha educativa que visava estabelecer novos valores, novos padrões de comportamento e a disciplinarização de seus corpos” (2008: p. 928).

O autor afirma ainda que, no caso baiano, nem o discurso médico modernizador – que associava as parteiras ao atraso –, com forte apoio da imprensa, foi suficiente para convencer as gestantes a procurar as maternidades, sendo necessário investir em estratégias que tirassem o estigma negativo das famílias que tinham filhos em instituições públicas. Assim, as classes mais favorecidas foram, aos poucos, atingidas pela veiculação de matérias em jornais que exaltavam a imagem da maternidade, prometendo acesso facilitado a gestantes e parturientes, além de grande investimento para que o tratamento médico às mulheres e famílias fosse satisfatório. Passaram a ser comuns também as notas de agradecimento e elogio ao atendimento prestado, “assinadas por pessoas bem posicionadas socialmente”, que exerciam “papel fundamental no processo de ruptura das resistências que as mulheres tinham à maternidade pública” (p. 937). Contudo, a estratégia utilizada para as mulheres pobres era outra:

A ação que o Instituto de Proteção e Assistência à infância da Bahia desenvolvia, ao atender e dar suporte às mulheres grávidas desprovidas através da assistência domiciliar evidencia nossa perspectiva de que a preocupação com a maternidade e a infância movimentava também instituições filantrópicas. Este era um dos meios utilizados para convencer as mulheres a realizarem seus partos na maternidade. Muitas não tinham acesso à leitura e eram atendidas em casa através da Assistência Maternal no Domicílio.

Neste caso, recebiam a Caixa Maternidade, que continha peças de roupas, lençóis, camisolas de dormir, guardanapos de uso íntimo, toalhas, sabonete entre outros produtos para higiene e assepsia. (Amaral, 2008: p. 942).

De acordo com Barreto, o cenário da assistência ao parto na Bahia apresentou características particulares em relação ao processo ocorrido em outras cidades, observando que essas peculiaridades só podiam ser compreendidas “quando interpretadas à luz das balizas culturais”. Dentre essas particularidades, a autora destaca:

A ausência de casas de parto, maternidades ou espaços destinados à parturiente, a pouca presença das aprendizas no curso de obstetrícia, a pequena fiscalização e diminuta intervenção das autoridades reguladoras na atuação profissional das parteiras demonstram que o nascimento preservou sua característica de evento cultural reservado ao espaço doméstico, sob os cuidados das parteiras leigas. A cultura científica do nascimento só viria a fazer sentido um pouco mais tarde, nas primeiras décadas do século XX, assentada na aliança entre médicos e mulheres. (Barreto, 2008: p. 914).

A difamação da prática das parteiras foi um recurso muito utilizado por parte de cirurgiões e médicos, que contavam ainda com o apoio da imprensa. Essas mulheres eram geralmente apresentadas com adjetivos pejorativos, que aludiam à sujeira, à ignorância e a perigo. De acordo com Barreto, “a desvalorização da parteira e dos demais profissionais das ‘artes de curar’ fez parte do contexto de organização médica e das instituições de saúde” (Idem: p. 903), a partir do qual se disseminou a ideia – muito comum até os dias atuais – de que o parto domiciliar, atendido por parteiras, foi (e ainda é) prejudicial à sociedade brasileira porque causou um elevado número de mortes.

Entretanto, observando os diferentes levantamentos de dados sobre mortalidade materna e neonatal realizados por ocasião da pesquisa de Mott (2002), podemos verificar que os números de mortes nos atendimentos domiciliares são inferiores em comparação com as ocorridas no ambiente hospitalar, em diversos casos.

Além da difamação dessas práticas, outra questão problemática se dava em relação às parteiras, atingidas ainda por questões de gênero, que se configuravam não somente pela

subjugação de seus conhecimentos, mas também de sua capacidade de atuação por conta da própria “natureza” feminina:

Interpretações variadas da natureza de homens e mulheres, no tocante às capacidades fundamentais de aprendizado, colocavam estas últimas em posições de inferioridade. Com base nesses argumentos, os cirurgiões passaram a argumentar que a “natureza” dos homens lhes permitia adquirir aprendizados obstétricos incompatíveis com a “natureza” das mulheres. Em lugar de defender maior treinamento para as parteiras, muitos cirurgiões preferiam ser chamados quando um parto apresentasse complicação, alegando que estavam mais preparados para aplicar o fórceps e outros instrumentos e técnicas cirúrgicas. Essa divisão do trabalho foi de tal forma absorvida, que a encontramos nas leis que passaram a regulamentar a assistência ao parto na Europa e América. (Barreto, 2008: pp. 906-7).

Nas primeiras décadas do século XX, apesar de a maioria dos partos ainda ser atendida em casa, por parteiras, as campanhas de valorização das maternidades começaram a contribuir para que estas deixassem de ser vistas como locais perigosos para parir, tendo como um dos principais argumentos o maior controle de infecções:

Esses estabelecimentos pouco a pouco foram promovidos e aconselhados como locais seguros para a parturição. O parto começava a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, no qual eram preconizadas intervenções cada vez mais frequentes. A obstetrícia começava a dominar novas técnicas que prometiam maiores chances de sobrevivência para mãe e filho, bem como menor sofrimento para as mulheres. (Mott, 2002: p. 204).

Até o final da década de 1930, não era unanimidade, para a classe médica, a necessidade de internação hospitalar para o parto normal de todas as mulheres. Porém, na década de 1940, esta orientação sofreu mudanças, passando a ser recomendada para todas. Tal mudança gerou um aumento dos hospitais para atender à crescente demanda por esses espaços. De acordo com Mott, em 1945, 70,4% dos partos foram feitos nos domicílios, e 29,5% em hospitais. Em 5% dos casos, as crianças nasceram mortas, e o número de natimortos nos hospitais foi maior (2002: p. 207).

Com o aumento da criação das maternidades e da aceitação por parte das mulheres, tais instituições passaram a dedicar um número maior de leitos ao público pagante, sendo frequente a recusa de pacientes em hospitais gratuitos por falta de leitos. Isso levou a uma inversão da lógica inicial em relação ao público-alvo dos hospitais, e foi aventada, então, a proposta de criação de um serviço de atendimento domiciliar para as mulheres pobres.

Sendo a hospitalização tomada como procedimento padrão, a situação das mulheres que realmente precisavam de internação tornou-se caótica. As parturientes sofriam com a falta de leitos, maus tratos e péssimas condições de atendimento, além de intervenções inadequadas e desnecessárias. Maria Lucia Mott conclui que, mesmo com as evidências mostrando que a assistência domiciliar, realizada por parteiras, apresentava benefícios e era mais viável para atender a toda a população, a hospitalização do parto se firmava como um ideal a ser alcançado:

Apesar do diagnóstico favorável feito pelos médicos sobre a assistência domiciliar, tanto no que diz respeito aos custos, quanto a infecção, a mortalidade materna e neonatal, as parteiras leigas, as vantagens para o ensino de Clínica Obstétrica, como para resolver a falta de leitos nas maternidades, esses serviços eram considerados uma forma de atendimento alternativo – apenas para as mulheres pobres – e acabaram sendo encerrados. A hospitalização do parto passava a ser vista como um ideal a ser atingido, um exemplo a ser seguido. Significava, para a maioria dos médicos, sinônimo de civilização [...]. (Mott, 2002: p. 213).

Para Amaral, o investimento no bom atendimento por parte dos médicos, junto à campanha desenvolvida pela imprensa – entre outras estratégias –, contribuiu para o alcance do objetivo de incluir mães pobres e ricas na agenda higienista e para a medicalização do parto na cidade de Salvador – o que pode, do mesmo modo, ser verificado em todas as outras capitais. O autor acredita que as fontes analisadas contribuem para mudarmos a maneira de encarar a medicalização do parto, retirando-a “do cenário de imposições dos médicos e subserviência das mulheres, para posicioná-lo no campo da sedução e da persuasão através de vários meios” (2008: p. 942).

3. Da hospitalização ao nascimento com hora marcada: o atual cenário obstétrico brasileiro

Na conclusão de Amaral (2008), percebemos a eficácia das estratégias promovidas pela aliança entre médicos e Estado com objetivo de fazer com que o modelo hospitalar de assistência ao parto atingisse a toda a população, tornando-se o modelo oficial de atendimento às parturientes em meados no século XX e que se mantém vigente até os dias atuais. Contudo, o processo de medicalização e hospitalização do parto como modelo hegemônico e universal vem causando grandes impactos no cenário do nascimento brasileiro, ao atingir índices alarmantes de cesarianas e intervenções médicas no processo fisiológico do parto.

Conforme podemos verificar com a pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento* (Fiocruz, 2014), “nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos”. A pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro de 2011 e outubro de 2012, e confirma aquilo que mulheres, ativistas, profissionais do parto, ONGs e diversos órgãos que trabalham com a atenção à saúde da mulher vêm denunciando há anos: além do altíssimo índice de cesarianas desnecessárias em todo o território brasileiro, a grande maioria dos partos vaginais ocorre com uso excessivo e desnecessário de intervenções médicas, tornando o processo mais doloroso e traumático para as mulheres.

O estudo, que foi o primeiro a oferecer um panorama nacional a respeito da assistência ao parto e nascimento no Brasil, contemplou 266 maternidades em 191 municípios (incluindo capitais e cidades do interior de todos os estados brasileiros), e entrevistou 23.940 mulheres num período de vinte meses. Foram selecionadas maternidades públicas, privadas e mistas que contavam com um número de atendimentos de pelo menos 500 partos por ano, consideradas, por isso, representativas dos nascimentos hospitalares, que totalizam 83% dos partos do país.

De acordo com a pesquisa, entre as gestantes que tiveram parto vaginal, sendo a maioria nos hospitais públicos, predominou um modelo de atenção extremamente intervencionista. A estimativa é de que apenas 5% das mulheres tenham tido um parto fisiológico, ou seja, sem intervenções com medicamentos, manobras manuais ou instrumentais. Dentre as intervenções praticadas, a maioria das mulheres ficou restrita ao leito e sem estímulo para caminhar, tendo o parto na posição de litotomia (deitada de barriga para cima), sem poder escolher a posição que desejasse. Na maioria dos casos, houve uso excessivo de medicamentos para acelerar o trabalho de parto, não foi permitido se alimentar durante o processo, e as mulheres foram submetidas à

episiotomia – incisão no períneo para ampliar o canal de parto, considerada, pelos estudos mais atuais²⁰, não somente sem benefícios, como também danosa.

Diversas dessas condutas citadas no evento do parto são atualmente definidas como “violência obstétrica”, que, conforme conceito internacional, define qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher grávida, à parturiente (mulher em trabalho de parto) ou puérpera (mulher no período de pós-parto) ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, à sua integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (Fundação Perseu Abramo, 2010).

No Brasil, uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e Sesc (2010) avaliou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram violência durante o parto, sendo as formas mais comuns: negligência, violência verbal (incluindo tratamento grosseiro, gritos, reprimendas, humilhação intencional e ameaças), violência física e abuso sexual. Acredita-se que este número seja muito maior, pressupondo-se que grande parte das mulheres não tem percepção de ocorrências diversas como violência. A falta de informação acerca dos direitos das gestantes e de seus acompanhantes contribui para a não percepção de atos de violência ou faz com que os mesmos sejam considerados “sutis” ou necessários, sendo muitas vezes “naturalizados”.

Violência obstétrica tem cor

A pesquisa “Nascer no Brasil”, através de registros hospitalares, lançou luz sobre a violência obstétrica e demonstrou que: no caso de mulheres negras (pretas e pardas), este panorama é ainda mais realista, uma vez que são elas que estão, em sua maioria, na base da pirâmide socioeconômica. Abaixo alguns dados observados:

As condições socioeconômicas, demográficas e características do tipo de serviço e do tipo de parto determinam como os profissionais de saúde tratam as mulheres em termos de violência, respeito, privacidade, tempo de espera para ser atendida, clareza nas explicações, possibilidade de fazer perguntas e participação nas decisões e que esses aspectos determinam a satisfação geral com o atendimento ao parto. D’ORSI ET AL. 2014:157

²⁰ Consultar revisão realizada pela obstetra Melania Amorim sobre evidências científicas para o uso da episiotomia em <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html> (acesso em 10/05/2016).

Gestantes pretas e pardas são as mais afetadas pela assistência inadequada do pré-natal. Menos de 70% de mulheres negras tiveram seis ou mais consultas de pré-natal, enquanto para mulheres brancas este percentual é de quase 80%. Mulheres pretas se destacam com maior percentual de uma a três consultas apenas (13,4%), em comparação a pardas (9,6%) e brancas (7,3%).

O estudo da Fiocruz escancarou também outras disparidades raciais no atendimento de mulheres grávidas. Segundo a pesquisa, mulheres negras possuem maior risco de ter um pré-natal inadequado, realizando menos consultas do que o indicado pelo Ministério da Saúde; têm maior peregrinação entre maternidades, buscando mais de um hospital no momento de internação para o parto; e frequentemente estão sozinhas, com ausência de acompanhante durante o parto. (Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica. ABRASCO, 06/03/2020).

De acordo com Simone Diniz, o parto no Brasil é muito marcado pela posição na hierarquia social em que a mulher se encontra, de modo que mulheres negras e pardas (pela classificação do IBGE), de menor renda e menor escolaridade, sejam mais atingidas pela violência obstétrica, recebendo assistência muito diferente das mulheres com maior nível escolar, “pagantes”, inseridas no setor privado. Nesse sentido, é muito comum que seu direito à escolha de procedimentos seja suprimido, sendo encaminhadas para o parto vaginal com várias intervenções, o que não corresponde ao padrão de excelência da assistência ao parto.

Uma das conclusões do Inquérito (2014) é a de que mulheres de nível socioeconômico privilegiado sofrem mais cesarianas, o que aumenta as chances de terem bebês prematuros, resultando em piores índices de morbidade neonatal²¹ em decorrência do nascimento antes do tempo adequado²² devido ao agendamento das cirurgias, perdendo, assim, as vantagens advindas de sua situação social; por outro lado, as mais pobres, atendidas no setor público, estão submetidas a partos extremamente medicalizados, dolorosos, e demonstram menor satisfação com a atenção recebida.

Diante dos dados apresentados, podemos observar que a percepção do parto como um evento extremamente doloroso e insuportável está intimamente ligada à assistência prestada de

²¹ Conforme as definições da pesquisa *Nascer no Brasil*, a morbidade neonatal - *near miss* - é considerada um evento mórbido que pode resultar na morte do recém-nascido nos primeiros 28 dias de vida.

²² É considerada normal a duração de uma gestação entre 37 e 42 semanas. Contudo, a maior parte dos nascimentos por cesariana agendada ocorre antes das 39 semanas de gestação.

maneira inadequada. Este fato colabora para o aumento dos índices de cesarianas, sobretudo na rede privada – onde as mulheres “pagantes” podem “optar” pelo procedimento, ostentando a marca de 88% de nascimentos por via cirúrgica, sendo, em sua maioria, agendados sem que a gestante entre em trabalho de parto. Apesar de as mulheres serem responsabilizadas pela “escolha” da cesariana em muitos discursos médicos, a pesquisa aponta que quase 70% das mulheres que iniciam o pré-natal na rede privada desejam o parto normal. Entretanto, acabam mudando de opção e se convencendo, ao longo da gestação, de que a cesariana é a melhor opção ou a indicação ideal para o seu caso.

Sendo assim, podemos perceber que agendar uma cesariana vem se tornando uma saída cada vez mais comum e socialmente aceitável para, supostamente, minimizar os danos sofridos pelas parturientes, causados pelo uso excessivo de intervenções, como demonstrado acima. Corroborando esses dados, em minha experiência de sete anos de atendimento a gestantes e três anos mediando rodas de conversa do *Ishtar*²³, em Niterói – por onde já passaram cerca de duzentas mulheres –, percebi que a maior parte das usuárias de plano de saúde tem a cesariana oferecida como a única opção por médicos e médicas-obstetras que declaram abertamente não atenderem partos por via vaginal, além de sugerirem a marcação da data de nascimento do bebê desde as primeiras consultas.

O mesmo cenário se confirma nos outros 19 núcleos do grupo *Ishtar*, em diversas cidades brasileiras, bem como em todos os fóruns de redes sociais dos quais participo, dentre eles, o grupo “Cesárea? Não, Obrigada!” (CNO²⁴), que tem cerca de vinte e um mil integrantes (dados de agosto de 2016) e um volume intenso de postagens diárias.

A partir dos exemplos relatados nos grupos presenciais e virtuais, constatei que a cesariana com data agendada revela-se também como um instrumento de “garantia” do atendimento, no momento do nascimento, do profissional que acompanha o pré-natal da gestante, sob as ameaças de que, sem o agendamento, não é possível garantir que a equipe estará disponível quando o trabalho de parto espontâneo se iniciar, tendo em vista a possibilidade de que o evento ocorra fora do horário de atendimento da equipe, que em geral, espelha-se no

²³ Grupo de apoio ao parto normal, fundado em Recife, no ano de 2007, por três amigas militantes da assistência humanizada ao parto (Thayssa Rocha, Ana Katz e Ana Lúcia Toledo). O grupo se espalhou por outros estados brasileiros, atingido a marca de 20 núcleos pelo país.

²⁴ Endereço da página no facebook: <https://www.facebook.com/groups/cesareanao/?fref=ts>

“horário comercial”²⁵. É possível verificar que essa prática de agendamento de cesárea como recurso de “garantia” de atendimento e leito no hospital vem ocorrendo há algumas décadas, como informa o *Dossiê de Humanização do Parto* (2002), da Rede Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Ao buscarmos outras contribuições na história para a construção de uma “cultura de cesáreas”, podemos nos deparar com uma correlação com a “cultura de esterilização”, conforme constatado por Berquó (1993) em sua análise sobre anticoncepção e cesarianas no Estado de São Paulo. Do mesmo modo, Fleischer (2011), ao realizar uma pequena revisão sobre o conceito de “saúde reprodutiva”, observa que as primeiras iniciativas para institucionalização da saúde pública neste campo tinham como foco a saúde “materno-infantil”, sendo a “saúde da mulher” atrelada à concepção e à esterilização, o que contribuiu para a hospitalização do parto, dado que associava a cirurgia cesariana à promessa de laqueadura. Tal prática, inclusive, alcançou, por volta da década de 1990, índices alarmantes de esterilização de mulheres no país:

Esse é um dado que contribuiu significativamente para que se incentivasse a hospitalização do parto já que, por muito tempo, uma cirurgia cesariana equivalia a uma consecutiva laqueadura tubária. Assim, equivaler o hospital e sua equipe à ideia de “segurança” e o espaço domiciliar e suas atendedoras à de “risco” foi fundamental estratégia para este cenário. E ao final do século XX, chegamos aos seguintes índices: 40,1% das mulheres casadas estavam esterilizadas e 36,4 % dos partos hospitalares aconteciam como cesarianas. Para efeito comparativo, na França, entre os anos de 1982-1985, apenas 8% das mulheres recorriam à esterilização, geralmente como estratégia terapêutica e não anticonceptiva. (Fleischer, 2011: p. 36).

Considerando que os dados apresentados pela pesquisa *Nascer no Brasil* são os mais atuais em termos de avaliação da assistência obstétrica brasileira, é possível confirmar que, nas últimas quatro décadas, a proporção de cesarianas aumentou em quase quatro vezes, passando de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010. Neste último inquérito, a proporção apresentada é de 52% para o total de nascimentos (2011/2012), estatística aumentada inclusive no sistema público, que sustenta atualmente uma taxa de 46% de nascimentos por cirurgias. Ambos os

²⁵ De acordo com a Rede Parto do Princípio, a maior parte das cesarianas agendadas ocorre em dias de semana, em horário diurno. Disponível em <http://www.partodoprincipio.com.br/escolhendo-a-cesarea> (acesso em 01/09/2016).

setores, público e privado, estão longe de alcançar as taxas recomendadas pela OMS, que indica que no máximo 15% nos nascimentos ocorram por via cirúrgica.²⁶

No entanto, o estudo estima que aproximadamente um milhão de mulheres são submetidas, todos os anos, à cesariana sem indicação obstétrica adequada. Em relação a este dado, a OMS (2015) observa que a intervenção cirúrgica não corresponde, necessariamente, à melhoria dos indicadores de saúde, e suas recomendações apontam não só para a redução dos índices de cesarianas, mas para uma redução na medicalização do parto, concluindo que quanto menos intervencionista é a assistência ao parto, melhores são os índices de saúde materno-infantil.

Como conclusão geral, observa-se que as gestantes e parturientes brasileiras de todos os grupos sociais estão sendo expostas a maiores riscos por receberem uma assistência inadequada, elevando assim os desfechos adversos no parto e no nascimento. Num país onde a estimativa é de que quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, e de que um número ainda maior de mulheres e bebês sofrem intervenções diversas no parto e nascimento sem necessidade, não diminuimos nossos índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal para um padrão considerado aceitável. O nascimento fisiológico no Brasil tem sido um evento cada vez mais raro.

4. De volta para a casa: da administração à retomada dos corpos

O modelo biomédico atual de assistência ao parto no Brasil tem operado a partir de um modelo “tecnocrático”, no qual a tecnologia atua como mediadora do cuidado, seguindo uma lógica padronizante e disciplinadora dos corpos. Esse discurso compreende que o corpo da mulher é potencialmente perigoso para o bebê e pode falhar a qualquer momento: um corpo que depende da tecnologia, da atuação médica e do ambiente hospitalar. Para Muller e Pimentel, “o paradigma médico está permeado por noções patriarcais acerca do corpo feminino”, e assim argumentam que a medicalização do parto é uma forma de “dominação de gênero,²³ onde se supõe que as mulheres não possuem conhecimento necessário do próprio corpo e cabe a ela

²⁶ De acordo com a última declaração da OMS, em Genebra, no ano de 2015, considera-se, em nível populacional, que taxas de cesáreas maiores do que 10% não estão associadas a reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4815:declaracao-daoms-sobre-taxas-de-cesareas&Itemid=821 (acesso em 10/05/2016).

entregar-se totalmente ao especialista” (2013: p. 01). Ao buscarmos um histórico sobre a constituição das especialidades médicas que são destinadas a cuidar do corpo feminino, podemos verificar que a ginecologia e a obstetrícia vão se constituir partindo da visão do corpo da mulher como falho e incompleto, ao olhar para as suas especificidades:

Esse corpo, inicialmente visto como um corpo masculino pouco evoluído, passou a ser, aos poucos, pensado como dono de uma especificidade própria. O corpo masculino, porém, continuou sendo modelo de referência para o feminino, e, assim, as especificidades do corpo da mulher foram vistas como falta, negatividade, incompletude, descontrole, fonte de desequilíbrios, a partir das quais se constituiu toda a ginecologia e obstetrícia modernas. (Tornquist, 2004: p. 70).

De acordo com as autoras Muller e Pimentel, o sistema obstétrico atual pode ser visto como produtor de violência na assistência ao parto, sendo a “medicina moderna” e, logo, a obstetrícia, caracterizada “como um tipo de prática e conhecimento colonial, na medida em que obedece a uma racionalidade especificamente Moderna e Ocidental, mas se reproduz enquanto conhecimento universal e produtor de verdade” (ibid,2013:2). Dessa forma, podemos perceber uma relação de subjugação dos conhecimentos e das práticas que se distinguem dos saberes e práticas da obstetrícia “oficial”, desprezando outras formas de conhecimento sobre o corpo feminino que não sejam as de domínio médico e científico. No entanto, este modelo de assistência ao parto tem sido cada vez mais questionado, na atualidade, pelas mulheres, que denunciam o seu caráter produtor de violência obstétrica, possibilitando também um crescimento nas buscas por uma assistência que atenda aos desejos e às necessidades das parturientes, respeite o tempo fisiológico do parto e que reduza as intervenções médicas desnecessárias neste evento.

Como vimos anteriormente, as resistências à medicalização do parto não se deram somente no cenário atual e brasileiro, mas ocorreram simultaneamente aos processos que levaram a essa mesma medicalização em diversas partes do mundo. Foram necessárias várias décadas, entretanto, para que estas resistências, frequentemente dispersas, se coadunassem em correntes com suficiente força própria para disputar com o corpo médico o direito ao discurso enunciador dos saberes e das práticas da assistência ao parto – disputa esta que está longe de ter chegado a uma conclusão final.

Foucault (1988) aponta que as resistências marcam o processo de hospitalização e medicalização desde o início, trazendo como exemplo o caso da Inglaterra, em que o controle médico suscitou “uma série de reações violentas na população, de resistência popular, de pequenas insurreições anti-médicas na segunda metade do século XIX”. O autor acrescenta que estas resistências populares não ocorreram apenas na Inglaterra, mas também em outros países, afirmando que, onde a medicina foi “organizada em forma de controle da população pobre”, houve resistências (p. 96). O autor mostra que nesse contexto de resistências coletivas ao controle médico, se destacam os grupos religiosos:

O que reaparece são grupos de dissidência religiosa, de diferentes formas, em diversos países, que têm agora por objetivo lutar contra a medicalização, reivindicar o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, o direito de estar doente, de curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje. (1988: p. 97).

Do mesmo modo, podemos observar esta ocorrência no contexto brasileiro, no que toca à hospitalização do parto, em que houve grande resistência por parte de grupos religiosos em relação a que o cuidado com os corpos das mulheres passasse a ser realizado por homens, fato que colaborou fortemente para que o domínio da parturição por parte dos médicos se desse de forma lenta e conflituosa.

Como pudemos observar, muito em função dos conflitos e das resistências de toda sorte ao deslocamento do cenário do parto para dentro dos hospitais, este processo para instaurar o modelo médico-hospitalar como “dominante” na assistência ao nascimento – construído a partir do referencial de segurança – vem se dando de forma assimétrica nas regiões brasileiras e obedece a especificidades locais, apesar das similaridades existentes nos locais onde se instalou. Tornquist observa que estas similaridades ocorreram inclusive nas dificuldades encontradas para que se conseguisse operar como modelo predominante, tendo em comum “o fato de ter sido difícil, complexo e lento, e de não ter contado com a pronta adesão das parturientes, que relutaram em deixar suas casas para dar à luz em quartos ou enfermarias”, ressaltando, contudo que, apesar desse sistema de saúde não ter se estabelecido em algumas regiões brasileiras, assim como em outros países “onde os avanços da biomedicina são mais

recentes e mais fragmentados”, o parto hospitalar vem operando, com apoio estatal e apesar das resistências, como sinônimo de modernização e desenvolvimento (2004: p. 67).

Nestes processos de hospitalização do parto verificamos o exercício do controle Estatal, operando com mecanismos de poder, na tarefa de “administração dos corpos”; onde podemos observar o que Michel Foucault chamou de *biopoder* nos processos de medicalização. O termo foi inaugurado no primeiro volume da *História da Sexualidade – A vontade de saber* (1976) e se refere à prática dos estados modernos de regulação, por meio de utilização de técnicas diversas, para obter o controle populacional a partir da subjugação dos corpos. Tornquist observa que, na perspectiva de Foucault, o processo de medicalização está intimamente ligado ao dispositivo da sexualidade e que, por esse motivo, a medicina social “dedicada a disciplinar o comportamento humano, envolvia, intrinsecamente, a saúde e o sexo, através do controle e normatização dos corpos” (2004: p. 76). O termo *biopoder* passou a ser usado em referência às práticas de regulação em saúde pública.

A crítica a este modelo de assistência centrada no médico, batizada com uma diversidade de termos, se desenvolve ao longo de décadas e a partir de uma variedade de perspectivas. Diniz (2005) aponta algumas dessas críticas:

(...) profissionais dissidentes, já na década de 1950, como os do movimento pelo parto sem dor na Europa, os ativistas do método DickRead e o parto sem medo, e posteriormente os do método Lamaze e Leboyer (parto sem violência). Outra vertente é a do parto natural do movimento hippie e da contracultura, cuja maior expressão é a experiência da comunidade conhecida como The Farm nos EUA (Gaskin, 2003). O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas redescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998, RNFSDR, 2002), e propõem uma assistência baseada em direitos (WHO, 2005). Foram muito influentes a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), a redescrição da fisiologia do parto de Michel Odent (2000), e a proposta de parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros autores. As vertentes amigas da mulher (womanfriendly) e centradas na mulher (woman-centered) são propostas principalmente para organização de serviços (CIMS, 2005). Mais

recentemente, surge uma abordagem do parto como experiência genital e erótica, com desdobramentos inéditos na assistência (Vinaver, 2001).

No Brasil, diversos estudos registram que é a partir da década de 1970 – e, com mais ênfase, da década de 1980 – que esses movimentos de resistências começam a ocorrer de forma organizada entre as mulheres, fazendo com que a assimetria da assistência ao parto, já majoritariamente dominada pela hospitalização e pela medicalização, voltasse a apresentar, em determinados contextos e nichos socioculturais, novamente aspectos relacionados ao âmbito, se não do tradicional, ao menos do fisiológico, da minimização das intervenções. Com o crescimento do movimento feminista, dos movimentos internacionais de contracultura e do desejo de um estilo de vida mais próximo ao “natural” por parte de alguns grupos (como o movimento *hippie*, por exemplo), surgem novas perspectivas em relação ao parto e outros eventos ligados aos ciclos femininos.

Especificamente pelo viés da crítica feminista, é com o surgimento da questão da saúde da mulher, nos anos 80, que são inseridos e pontuados temas até o momento pouco considerados, como o da perspectiva médica do corpo da mulher e o modelo de saúde pública. Posteriormente, chegaram à pauta os questionamentos a respeito dos paradigmas de atenção obstétrica, tema frequentemente negligenciado pelas feministas até então devido ao foco das mesmas na busca por se desvencilhar das imposições da maternidade, percebida como limitadora de sua ação política e social.

Rosamaria Giatti (2011) aponta, através de um caso exemplar, que as feministas não se encontravam isoladas nessa busca por um novo modelo de atenção à saúde da mulher: por meio de uma mobilização conjunta, entre 1983 e 1987, o movimento feminista, o movimento de mulheres, a pastoral da família, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e a Fundação Carlos Chagas, teriam desenhado o primeiro programa de atendimento integral à saúde da mulher, que, pouco depois, adquiriu contornos nacionais, dando ensejo ao que se tornou conhecido como Plano Integral de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM).

Iniciativas como essas, das quais participaram ativamente as feministas brasileiras, foram as pioneiras no questionamento de um sistema de saúde adequado às particularidades femininas. Passa-se a criticar o olhar médico, a perspectiva

afunilada de sexualidade feminina orientada tão somente à reprodução, a relação médico-paciente e a precariedade dos serviços básicos. Disso, nasce a demanda de um atendimento médico de qualidade que considerasse a mulher em sua totalidade, a saber, aspectos psíquico, físico, emocional, realidade de vida e pertinência social e cultural. (Giatti, 2011: p. 245).

Contudo, movimentos de modificação de mentalidades, movimentos de desconstrução e reconstrução da forma que uma dada sociedade – ou parcela dela – enxerga e compreende determinado fenômeno social, são usualmente muito lentos e profundamente marcados por ondas de retornos a concepções anteriores, contrárias às que o movimento de inovação deseja implementar. A assimetria na forma da assistência ao parto no Brasil, mencionada mais acima, é exemplo disso: as mudanças demoram a se estabelecer, e, quando o fazem, isto ocorre de forma desigual, com resistências e ressurgências das concepções antes hegemônicas. É nesse sentido que este movimento inicial de questionamento da atenção médica às mulheres não obtém o sucesso esperado, na medida em que a aplicação do PAISM, que enfrentou diversas dificuldades e terminou bem distante de seu intuito original, acabou por acarretar em uma supremacia da atenção médica em detrimento da medicina preventiva e, conseqüentemente, em uma (ainda mais) crescente medicalização do corpo feminino – exatamente o oposto do que se pretendia.

Não obstante, as movimentações feministas deram corpo para a caracterização dos questionamentos de então enquanto direitos reprodutivos articulados aos direitos civis e aos direitos sociais, orientados à qualidade da assistência, à educação em saúde, à saúde integral, ao exercício da sexualidade e da cidadania. Giatti aponta como tratar a saúde feminina dessa forma, “primeiro, a teria inserido no rol dos direitos humanos e, em segundo lugar, teria dado à sexualidade outra conotação, a saber, a de fato social, muito além do puramente fisiológico e reprodutivo” (2011: p. 246).

Entretanto, em que pese todo esse movimento de idas e vindas, Giatti afirma que quando se observa a assistência dada ao parto propriamente dita, ao menos no Brasil, poucas teriam sido as ações no sentido de indagar as rotinas, as práticas médicas e os altos índices de cesárea nesse período histórico, sobretudo quando se considera que nos anos 2000 a situação muda significativamente. Tania Salem, por outro lado, já percebia uma mudança na década de 1980, quando escreve seu artigo sobre o ideário do “Parto Sem Dor” (PSD) (1983). Entretanto, ainda

que esse movimento criticasse enfaticamente o corpo médico-hospitalar por instigar a passividade da parturiente e abusar da tecnologia obstetrícia, também termina por devolver a autoridade ao médico, uma vez que era ele que preparava a gestante – tal como um técnico esportivo – para o parto. Nas palavras da autora:

É bem verdade (...) que os pioneiros do PSD já faziam advertências sobre a necessidade de uma re-conscientização da classe medical; mas, uma vez cumprido este requisito, se lhes garantia a perpetuação do monopólio na ingerência da gravidez e do parto. Ou seja, era delegado ao próprio médico a função de preparar o corpo e a mente da mulher para o parto indolor. Salem, 1983: p. 3).

Dessa forma, pode-se concordar com Giatti quando afirma que “se a saúde ingressou na agenda do movimento feminista tardiamente, o debate sobre o parto tecnológico e hospitalar parece ter sido restrito e ainda mais tardio.” (2011:247)

A partir dos anos 2000, surgem algumas propostas feministas mais orientadas ao parto, e talvez a do Coletivo Feminista de Sexualidade de São Paulo tenha sido uma das mais significativas, à medida que foi pioneira e uma das poucas dirigidas à temática da assistência ao parto no Brasil naquela época, período em que, vale ressaltar, o país já contava com um largo número de cesáreas e em que o parto já tinha migrado quase que totalmente para o hospital, com a exceção de seus rincões mais tradicionais.

De acordo com Simone Diniz (2005), para as feministas, muitas intervenções adotadas durante o parto são reconhecidas como irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa (Coletivo Feminista de Sexualidade, 2002). Por isso, passa-se a partilhar da noção de que o modelo hospitalar de atenção ao parto muitas vezes suprimia e ignorava as dimensões sexuais, sociais e até mesmo espirituais do nascimento. Sendo assim, as atitudes do Coletivo e as ideias de feministas envolvidas com a saúde, em sua apreensão, denunciavam a perda da autonomia e a ausência de protagonismo feminino sobre a reprodução, perante as instituições de saúde que ofereciam a tecnologia de maneira desumanizada. É nesse contexto que surge e se firma, gradualmente, a demanda pelo assim chamado “parto humanizado”. Porém, voltaremos a esse ponto mais adiante. Por ora, ainda importa falar de um importante grupo que integrou os movimentos de resistência à medicalização da assistência ao parto: as parteiras.

Maria Renilda Barreto afirma que foi entre os anos 70 e 80 que a história das mulheres, especialmente nas análises feministas, inverteu a imagem negativa associada às parteiras, ao mostrar que o parto realizado no espaço doméstico, conduzido pela assistência de parteiras, não causou tantas mortes, nem foi nocivo à sociedade como fizeram crer os médicos (Barreto, 2008). A autora observa que o crescimento das análises sobre assistência ao parto desde a década de 70 ajuda a quebrar a visão monolítica da história e coloca a mulher como importante agente de saúde pública, partícipe dos processos de mudança.

Muller e Pimentel acreditam que com esse movimento de busca por um parto mais fisiológico, há uma revalorização da figura da parteira e do ambiente domiciliar como local de parto:

[...] é com esse movimento que os nascimentos estão, aos poucos, reencontrando o espaço domiciliar e junto com esse processo, ocorre também a revalorização da figura da parteira, que representa, simbolicamente, uma nova proposta de paradigma, baseado na espera, no fisiológico, no feminino. (2013: p. 2).

Fleischer faz uma revisão do que já foi produzido nas áreas de Enfermagem, Antropologia e História sobre “mulheres que atendem o parto de outras” em ambientes não hospitalares. Observa na área da Enfermagem motivações políticas bem específicas entre as pesquisas: primeiro, influenciadas por um feminismo de “primeira onda” marcado pelo pleito da igualdade, pretendiam dar voz a trabalhadoras “esquecidas”, silenciadas, invisibilizadas, desejando registrar os procedimentos e memórias das parteiras para evitar que esse legado se perdesse; segundo, buscavam entre as parteiras os argumentos para justificar a humanização dos cuidados nos hospitais; terceiro, se inspiravam nessas mulheres para valorizarem seu próprio trabalho como uma forma “tipicamente feminina de resistência” à tecnologia e à autoridade hegemônica dos médicos.

A enfermagem, ao se aliar às parteiras (e também ao se distinguir delas), parecia, sobretudo, afirmar a especificidade do seu próprio espaço de atuação (inclusive como as responsáveis pelos treinamentos de parteiras). Tanto isso é verdadeiro, que se observa de forma muito nítida que, dentro desse movimento – e para além do discurso que, no fundo, objetiva agregar valor simbólico à enfermagem e não às parteiras – há uma grande resistência, para não dizer bloqueio, em se falar de parteiras formadas fora do âmbito acadêmico, ou sem acesso aos cursos de treinamento ou profissionalização. Faz-se uso de todo esse imaginário do parto

“tradicional” e “natural” – proveniente do universo de atuação das parteiras – porém não se considera realmente levar a sério o trabalho das mesmas, ou até mesmo dialogar com elas.

Ainda que reconheçam a necessidade da atuação dessas mulheres dentro dos locais em que vivem – em geral pela ausência de uma assistência mais “capacitada”, e não por nenhuma especificidade do seu próprio trabalho – não reconhecem estas parteiras como um modelo “ideal” ou “adequado” de atendimento e, baseando-se nas diretrizes da OMS e nas pesquisas desenvolvidas pela Medicina Baseada em Evidências (MBE), entendem que este modelo não oficial de atendimento oferece riscos mais elevados ao binômio mãe-bebê.

Observei essa postura em minha vivência nos fóruns virtuais, na convivência com enfermeiras obstetras e obstetrizes que, apesar de voltarem a utilizar o uso da categoria “parteira” em seus ofícios, utilizam também adjetivos para se diferenciar, como “parteiras urbanas”, “parteiras formadas”, “parteiras profissionais”, entre outros, sempre deixando claro que, ao contrário das parteiras “tradicionais”, não vão para o parto somente com “uns panos e um maço de ervas”, levando uma grande quantidade de equipamentos recomendados, que podem ser utilizados ou não, a fim de garantir maior segurança ao evento.

Essa valorização dos outros profissionais da assistência ao parto (outros que não o médico: basicamente enfermeiras obstetras e obstetrizes) consistiu um dos pilares de estruturação do que hoje conhecemos como movimento de humanização do parto. O outro pilar foi a mobilização das mulheres, particularmente das camadas médias, tanto pelo maior acesso à informação (se comparadas às classes populares), quanto pela usual dependência dos planos de saúde, onde são encontradas as maiores taxas de cesarianas desnecessárias (Fiocruz, 2012). Não raras vezes, o motor inicial do ativismo por um parto menos medicalizado e mais respeitoso era o ter-se percebido enganada pelo próprio médico, e a vontade de não permitir a repetição deste quadro, seja em próximas gestações, seja nas gestações das mulheres de seu círculo.

O movimento pela “humanização” do parto e do nascimento surgiu no Brasil entre as décadas de 1980 e 1990, a partir de uma crítica, iniciada dentro do próprio campo da obstetrícia, ao modelo hegemônico de assistência ao parto, considerado excessivamente medicalizado e tecnocrático. Com iniciativas esparsas e, em geral, restritas ao setor privado, a proposta de oferecer um atendimento “mais respeitoso” à mulher e ao bebê ganhou a adesão de um pequeno segmento de mulheres de camadas médias, ainda que o nome “humanização” não fosse utilizado. A institucionalização do movimento ocorreu em 1993, com a fundação da Rede pela Humanização do Parto

e do Nascimento (ReHuNa). Esta assumiu como meta o incentivo à redução de intervenções médicas de rotina, ao partir do pressuposto de que o parto deveria resultar de um processo “natural” e fisiológico. Para a organização, que reconhece a relação interpessoal como um importante componente da assistência, o parto “humanizado” teria como premissas: o “protagonismo” da mulher, a valorização do vínculo entre a mãe e o bebê e o compromisso com uma medicina baseada em evidências (MBE). (Hirsch, 2015).

O interessante estudo de Olívia Hirsch, do qual foi retirada a citação anterior, traz um dado de extrema relevância para a compreensão do cenário atual do movimento de humanização do parto: o recorte de classe. O trabalho incluiu entrevistas e observação participante em dois universos, ambos na cidade do Rio de Janeiro: uma casa de parto pública e um curso privado de preparação para o parto oferecido por uma ativista da ReHuNa.

No curso privado, as mulheres pertencem às classes média e alta, possuem ampla escolaridade e são quase todas usuárias de plano de saúde. Chegam em busca de uma experiência de parto respeitosa, na qual figurem como protagonistas, soberanas sobre seus corpos, reconquistados ao poder médico por meio da absorção de novas informações, ao longo do processo de preparação para o parto.

No contato com as gestantes que atendo e que poderiam facilmente ser incluídas neste primeiro grupo estudado por Hirsch, percebe-se outro elemento característico: o grupo é estreitamente relacionado à expectativa de vivenciar o parto como uma “experiência de vida”, a sua influência sobre a construção de uma nova estética do parto. Se mesmo no modelo da parteria tradicional o ambiente dos nascimentos era compreendido como um lugar à parte, oculto, que usualmente nem o marido/pai do bebê era autorizado a frequentar, agora ele passa a configurar um verdadeiro cenário, sendo frequentemente objeto de filmagens e fotografias profissionais. Este material, cuidadosamente editado, com trilha sonora cobrindo os ruídos reais, imagens em preto e branco disfarçando o sangue e cortes das cenas falseando a percepção de tempo, passa a compor uma nova estética do parto. O parto humanizado é, assim, transformado em objeto de consumo.

O outro grupo estudado por Hirsch é formado por mulheres que frequentavam a Casa de Parto (CP) David Capistrano Filho, localizada no subúrbio do Rio de Janeiro. Esta unidade pública de saúde atende exclusivamente gestantes classificadas como de “baixo risco” e a assistência ao parto é realizada por enfermeiras obstetras.

A maioria das entrevistadas é de moradoras da região, que chegaram após terem ouvido comentários positivos sobre a CP, mas com poucas informações sobre as particularidades do serviço. Elas acabaram tomando conhecimento da proposta de parto – nesse contexto quase sempre referido apenas como “parto natural”, tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais – durante o “Acolhimento”, encontro coletivo no qual a diretora apresenta o lugar e seu projeto, mas também ao longo das consultas e dos grupos educativos, obrigatórios durante o pré-natal. (Idem: p. 241).

Hirsch observa que, se para o primeiro grupo passar pela experiência de “parto natural” e “humanizado” implicava em um grande envolvimento por parte da gestante, para a maioria das entrevistadas do segundo grupo a proposta de desmedicalização em si não despertava grande interesse. A realidade de origem dessas mulheres, antes de entrarem em contato com a Casa de Parto, era composta pelas maternidades públicas, locais em que “benefícios”²⁷ da medicalização, como a anestesia ou a cirurgia cesariana a pedidos, não são uma opção – no caso da anestesia, a sua oferta para as situações de parto “normal” é extremamente reduzida nas maternidades e hospitais públicos, fazendo com que muitas mulheres de camadas populares sequer saibam da possibilidade de se tomar medicação para alívio da dor durante o trabalho de parto. Para essas mulheres, o parto ideal é o parto rápido, e todas as intervenções que, aos seus olhos, representem uma “ajuda” e façam o trabalho de parto transcorrer mais depressa – como a infusão intravenosa de ocitocina sintética ou a episiotomia – são consideradas benéficas. Assim, não se pode deixar de notar que o acesso à tecnologia é um privilégio de classe e que, para rejeitar a medicalização, é preciso antes tê-la desfrutado.

Mas se não é pela proposta de parto, o que as leva a optar por dar à luz ali? Com base nas entrevistas, é possível afirmar que o grande atrativo da CP é a interação que se estabelece com os profissionais de saúde, no caso, as enfermeiras obstetras e auxiliares de enfermagem, as quais não raras vezes as mulheres passam a considerar “amigas” ou mesmo parte da família. Nesse sentido, a maioria das entrevistadas respondeu que a qualidade do atendimento foi o que mais valorizaram na instituição. Os adjetivos usados para qualificar o tratamento recebido não

²⁷ Optei por aspas na palavra por se tratar de uma visão parcial, a partir de um ponto de vista muito específico: o de mulheres que vivenciam uma realidade de partos normais violentos e desrespeitosos, e para as quais a cesariana eletiva, ou o livre acesso à anestesia permanecem como “coisa de rico”. Entretanto, principalmente a cesariana eletiva apresenta mais riscos para a mulher e seu bebê, não se podendo, portanto, falar em benefícios de forma objetiva.

foram poucos: educado, atencioso, carinhoso, amigável, familiar, receptivo, dedicado, hospitaleiro, paciente etc. Noutras palavras, o que as mulheres mais valorizam na CP é a possibilidade de serem tratadas como “pessoas” (DaMatta, 1997), reconhecidas em sua individualidade, com um nome, uma história e sendo percebidas como envoltas em redes sociais mais amplas (Hirsch, 2015: p. 242).

No entanto, se para um grupo esta percepção se constrói a partir da crítica à medicalização excessiva – especialmente predominante no sistema de saúde privado – que padroniza experiências e não reconhece na parturiente um indivíduo com liberdade e autonomia para fazer escolhas sobre os procedimentos que serão realizados em seus corpos, para o outro, o questionamento advém do tratamento dispensado pelos profissionais de saúde da rede pública. A estes acusam de não reconhecerem na parturiente uma “pessoa”, para além do corpo que dá à luz. Mesmo com essas diferenças, uma motivação permanece semelhante entre os dois grupos: todas as mulheres buscam sair de um cenário que consideram desrespeitoso, e estabelecer alguma forma de autonomia sobre seus próprios corpos. Nas palavras de Hirsch:

A despeito das diferenças acima registradas, algumas mulheres de camadas populares parecem, ao fim e ao cabo, vivenciar experiências semelhantes daquelas almejadas pelas parturientes de camadas médias. Em meio à (indesejada) ausência de procedimentos de rotina, elas têm a sensação de que o nascimento de seus filhos resulta de sua atuação e esforço. Noutras palavras, compartilham da sensação de que o parto, tal como proposto na CP, depende primordialmente delas. Para estas, portanto, o parto é vivido como um rito de passagem cujo período liminar tem como marca a “individualização” (DaMatta, 1999) – uma experiência temporária e transitória, mas nem por isso menos transformadora. (Idem: p. 247).

Este estudo de Hirsch, ainda que realizado em dois ambientes restritos e específicos, é bastante ilustrativo do cenário do parto no Rio de Janeiro, e pode, inclusive, ser extrapolado para grande parte do Brasil. Dentro deste contexto, fica evidente que o movimento de humanização do parto tem proporcionado partos mais respeitosos e experiências mais satisfatórias para as mulheres. Porém, não se pode deixar de notar que não pode ser institucionalizado, permanecendo ainda de acesso restrito, uma vez que as iniciativas na rede pública são incipientes, e atingem apenas uma pequena parcela da população.

CAPÍTULO DOIS

O PARTO NO RIO

Narrativas de experiências no Rio de Janeiro

Neste capítulo, pretendo apresentar experiências de parto e nascimento no estado do Rio de Janeiro, de mulheres cujo parto acompanhei como *doula*, entre os anos de 2009 e 2015. Tendo acompanhado cerca de cem mulheres durante este período, essas experiências contribuíram para o aprofundamento de minha compreensão sobre o cenário atual do atendimento obstétrico brasileiro, trazendo à tona questões relativas às práticas médicas em relação às mulheres em trabalho de parto.

Outro ponto relevante nessa experiência se revelou na relação dos profissionais das maternidades com as *doulas*, que atuam como “acompanhantes profissionais” das mulheres em trabalho de parto, prestando suporte contínuo²⁸ à parturiente. Nessa narrativa, incluo situações de enfrentamento que ocorreram quando os profissionais com “saberes especializados”, como médicos e enfermeiras, tiveram a sua prática questionada ou desrespeitaram desejos específicos manifestados pelas mulheres em relação ao seu corpo ou aos seus filhos.

Ainda que diversos estudos tenham mostrado os benefícios²⁹ de ter esse tipo de suporte durante o parto e órgãos como a OMS recomendem a presença das *doulas* no parto, estas profissionais vêm sendo impedidas de atuar há alguns anos, sendo poucos os serviços de saúde que permitem a sua entrada sem privar a parturiente de ter seu acompanhante previsto por lei³⁰,

²⁸ Suporte contínuo significa que uma pessoa oferece apoio durante todo o trabalho de parto para uma mulher especificamente, no esquema um-a-um (uma pessoa de suporte para uma mulher).

Em: <https://doulasrio.wordpress.com/por-que-uma-doula/> (acesso em 01/09/2016).

²⁹ Esse tipo de suporte foi analisado em 21 estudos, que constam na revisão *Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*. Os estudos avaliaram mais de 15.000 mulheres para identificar se essa é uma estratégia que melhora os resultados do parto, concluindo que ter suporte contínuo (de qualquer tipo) levou aos seguintes benefícios: aumento de 8% de no número de partos vaginais espontâneos; redução de 10% da necessidade de anestesia de qualquer tipo; redução de 10% no número de partos com fórceps ou vácuo extrator; redução de 21% do risco de cesárea; redução de 30% no número de bebês com *Apgar* baixo; redução de 31% no número de mulheres com sentimentos negativos sobre a experiência de parto. Em: <https://doulasrio.wordpress.com/por-que-uma-doula/> (acesso em 01/09/2016).

³⁰ Lei Federal 11.108, de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

impondo a escolha entre a *doula* ou o acompanhante familiar. Desde 2012, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) vem tentando proibir a presença de *doulas* nos partos, em hospitais da rede pública e privada. Até então, cabia ao gestor local permitir ou não a entrada das *doulas* nas instituições, conforme determinação do Ministério da Saúde. Com a Resolução 265/2012, que foi vetada no mesmo ano por decisão judicial e passou a valer em 2016 após o Conselho recorrer da decisão, o Cremerj conseguiu finalmente proibir a participação das *doulas* nos partos realizados em ambiente hospitalar, alegando, como finalidade, “a garantia da melhor assistência às gestantes, sem a interferência na condução do parto, no que diz respeito ao procedimento médico, por profissionais que não possuam profissão ligada à área de saúde e/ou legalizada”. A proibição operou até o mês de julho de 2016, quando as *doulas* do Rio de Janeiro, conseguiram aprovar a Lei Estadual 7314/2016³¹. Os partos relatados neste capítulo ocorreram até o ano de 2015 e, por isso, antes da proibição oficial.

O perfil das mulheres atendidas ao longo dos seis anos, em sua maioria, foi de gestantes com nível superior, brancas, usuárias de planos de saúde, em busca de uma assistência ao parto que respeitasse as suas escolhas, o que configurava, na maior parte das vezes, desejos por partos mais “naturais” ou sem intervenções médicas que não fossem necessárias. Em geral, essas mulheres chegavam até a mim após terem obtido informações na internet sobre parto humanizado. Muitas delas participaram de fóruns virtuais ou sentiram-se impactadas por relatos ou vídeos e fotos de parto publicados em redes sociais. Algumas dessas mulheres já tinham passado por alguma experiência de parto ou cesariana anteriormente e, na maioria das vezes, avaliavam como negativa, desejando ter uma experiência diferente. Sendo assim, viam na companhia de uma *doula* a possibilidade de ter um parto que se aproximasse mais de suas expectativas.

Neste trabalho, busquei selecionar narrativas de mulheres brancas e negras, que tiveram seus partos na rede privada, na rede pública e em domicílio, com atendimentos remunerados e não remunerados. No entanto, mesmo entre essas mulheres, permaneceu no perfil a

³¹ Após mobilizarem um grande movimento em pedido de apoio à causa, protagonizado por *doulas* e mulheres grávidas ou mães, que muito contribuíram para chamar atenção para a situação, ao participarem de várias ações de sensibilização ou protesto, com seus filhos no colo ou barrigas pintadas. Com as ações, as *doulas* conseguiram apoio de instituições diversas (dentre elas a Secretaria de Saúde do RJ), de parte da imprensa local, de profissionais da área da saúde – incluindo médicos e enfermeiras obstetras –, além de realizar um trabalho pedagógico com todos os deputados estaduais da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), que aprovou, por unanimidade a Lei.

escolarização com nível superior completo, o acesso aos planos de saúde (mesmo para as que optaram por parir na rede pública), além da obtenção de informações sobre *doulas* e parto humanizado na internet ou em grupos de apoio presenciais.

As narrativas aqui apresentadas são, em parte, escritas por mim, a partir da minha experiência, e, em parte, pelas mulheres, sendo alguns textos publicados em redes sociais e outros descritos a partir de um questionário elaborado para essa pesquisa.

1. Minha “grande estreia”: o parto domiciliar da Kate e a transferência para o hospital

O meu primeiro acompanhamento como *doula* foi o trabalho de parto domiciliar de uma amiga, no ano de 2009. Kate planejou um parto domiciliar com enfermeira obstetra e quando, estava na “reta final” do seu trabalho de parto, perto do *período expulsivo*, a frequência cardíaca do bebê foi considerada instável pela enfermeira obstetra que a acompanhava em casa. Suspeitando que o parto pudesse precisar de alguma intervenção médica ou de utilização de procedimentos recomendados apenas em ambiente hospitalar, a enfermeira indicou a transferência para o hospital. A sensação de frustração foi enorme. De repente, me vi com o sentimento de ser “pé-frio” na minha primeira experiência, pois temia, ainda, que o desfecho fosse uma cesariana.

Internamente, sem querer aceitar aquela situação, eu torcia para que o bebê nascesse rápido e o parto ocorresse ainda em casa. Olhei para a cena, buscando alguma correspondência e, o que vi, foi um marido nervoso e, de certa forma, aliviado com a decisão. Ele vestiu a sua calça *jeans* e, ao colocar o cinto, apoiou na geladeira e começou a chorar. Fui até ele e disse que estava tudo bem, que ficasse tranquilo, e então ofereci um copo de água com açúcar para que se acalmasse, pois foi a única solução que me veio à cabeça. Em seguida, olhei a parteira e ela ajeitava sua mala e juntava seus equipamentos, dando algumas ordens para que nos organizássemos para a saída e pedindo que arrumássemos uma bolsa para levar à maternidade, com itens para a mãe e o bebê. Por último, olhei para a minha amiga já vestida, em pé na porta da sala, com muitas contrações e nos dizendo: “Vamos embora, gente? O que falta?”. Ela parecia não ter tempo para frustração. Eu me impressionava com a sua força, a aparente conformação e o desejo de resolver logo o possível problema. Seguimos para uma maternidade pública no bairro de São Cristóvão, na Zona Norte do Rio de Janeiro e, no carro, Kate relatava

o desejo de fazer força para “expulsar” o bebê. A enfermeira pedia que ela controlasse o desejo e tentasse não fazer força. Kate respondia que era impossível controlar. Conseguimos chegar à maternidade e só a enfermeira obstetra entrou com ela. Eu e o pai ficamos do lado de fora, certos da cesariana. Pouco tempo depois, tivemos a notícia de que o Jorge havia nascido de parto normal. Em meia hora de internação, Kate sofreu todas as intervenções que não desejava e muita retaliação por ter optado por um parto em casa. Contou-me ter escutado que era uma irresponsável pela opção e que podia ter matado o seu filho, sendo também chamada de *hippie* e “natureba” por conta da opção.

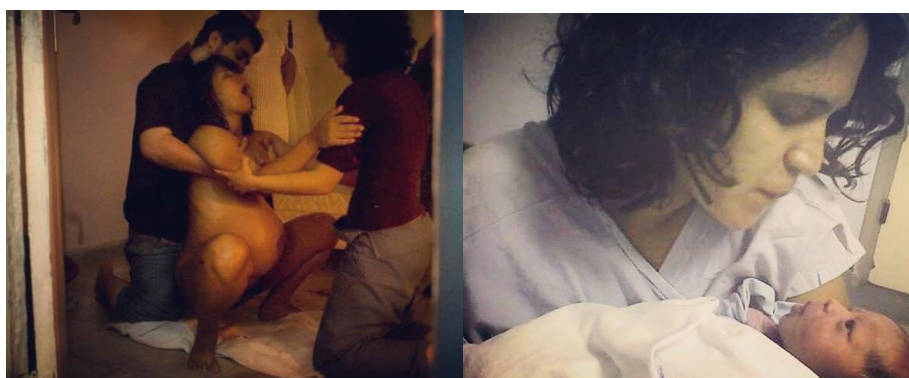


Foto 1: Kate no trabalho de parto, em casa. Foto 2: Kate no alojamento do hospital, com Jorge, após o parto.

2. O parto da Sirlene: o primeiro acompanhamento na rede pública

Em 2010, no primeiro acompanhamento em uma maternidade pública em Niterói, não permitiam a entrada de *doulas*, restando à gestante ter que optar pelo marido ou a *doula* no lugar do acompanhante previsto por lei. Sirlene optou por ter a minha companhia, pois considerava que eu poderia oferecer um apoio mais específico do que o pai do bebê.

Durante o trabalho de parto, testemunhei toda a indignação de enfermeiras e médicas com a parturiente porque ela preferia passar pelo processo sem medicamentos desnecessários e desejava ter o parto sem *episiotomia* e sem precisar ficar deitada, recusando também o uso de soro com *ocitocina*, que tinha por finalidade acelerar o trabalho de parto. A indignação incluía a mim também, já que as profissionais entendiam que as exigências que a gestante fazia haviam sido transmitidas pela *doula*. Assim, passamos a ouvir frases como: “Se quer sofrer por mais

tempo, o problema é seu”, “Agora veja: *doula* querendo mandar no que o médico vai fazer!”, “Não sabe nem fazer força direito. Quer que seu bebê morra?”, “No final, sou eu que decido. Vai ter o que eu quiser”. Apesar de todo o trabalho que fizemos juntas – eu como *doula* e Sirlene como parturiente – para que ela chegasse ao momento do nascimento sem que precisasse de intervenções no processo fisiológico como ela desejava, não teve jeito de evitar os procedimentos. Foi a primeira vez que me vesti para entrar num centro cirúrgico, pois ainda que o parto fosse normal, a médica obstetra não permitiu que ela parisse no quarto, já que a cama não tinha uma altura confortável para ela fazer os procedimentos que julgava necessários. Na sala de parto, Sirlene estava deitada e dizendo que era horrível fazer força naquela posição, eu temia pedir qualquer coisa e ser convidada a me retirar, pois quase haviam impedido a minha entrada na sala. Em silêncio, eu apenas segurava na mão da Sirlene e falava baixo em seu ouvido. Até que resolvi perguntar, com delicadeza, dentro daquele ambiente extremamente violento e hostil, se era possível ter uma almofada, apenas para que ela levantasse um pouco a cabeça e facilitasse seus movimentos. Enquanto uma obstetra reclamou indignada do meu pedido, outra concordou e pediu que trouxessem o objeto. Respirei aliviada, até ver a médica mais “durona” pegar um bisturi para cortar o períneo da mulher, como se fosse uma punição. Virei o rosto para não assistir, mas não consegui evitar ver as gotas de sangue espirrando no uniforme da médica. O bebê nasceu bem. Confortei e saudei a nova mãe e, logo em seguida, saí da sala, pois tive uma queda de pressão e não queria “fazer a vergonha” de desmaiar após o parto.

Apresento aqui o relato de Sirlene, que narra o parto, a partir de sua experiência:

Ao chegar à maternidade, por volta das 9:15 h, a obstetra recebeu-me bem (tratamento respeitoso e humanizado) e, ao me avaliar (toque), constatou que eu estava com três de dilatação. Ainda assim preferiu admitir-me na maternidade, tendo em vista que era o primeiro filho. Durante a internação, o tratamento foi se tornando hostil. Avalio que por conta das negociações que fizemos e do tempo de duração do trabalho de parto, já que eu desejava um parto sem ou com o menor número de intervenções possível. Havia conversado muito com Gisele sobre meu plano de parto e ela negociou com a médica e equipe. A médica que acompanhou a internação e realizou o parto não foi a mesma que me atendeu na admissão.

Considero que vivenciei violência obstétrica nos momentos finais do trabalho de parto. Quando já estava com 9 para 10 de dilatação, esta médica insistiu para que mudasse da sala de

pré-parto para a sala de parto. Na sala de parto, ela orientou-me que, quando viesse a contração, eu deveria fazer força para que meu bebê saísse, do contrário “eu mataria meu bebê asfíxiado”, e continuou a falar várias coisas deste gênero. Felizmente, só ouvi esta parte das “previsões” da médica e me desliguei das ameaças dela. Em seguida, a médica saiu da sala e implorei para minha *doula* que me ajudasse! Não queria matar meu filho! Havia uma fisioterapeuta do hospital que nos acompanhou quando estávamos no final do trabalho de parto. Foi muito bom ter algum funcionário da maternidade que de fato atuava de forma humanizada. Ambas me apoiaram e me auxiliaram para que meu bebê nascesse muito bem. Por fim, a médica decidiu pela *epísio*. Miguel nasceu às 18:38h. Todas as vezes que a médica se aproximava, percebia sua indignação de não poder dar continuidade a sua “linha de produção”. Seguimos o tempo de Miguel! Atrapalhamos a linha de produção! A autoridade médica foi questionada e ficou visível o descontentamento. Acredito que a *epísio* tenha sido “retaliação” pela audácia de conduzir, sobretudo com uma *doula*, o meu trabalho de parto, questionando a autoridade médica” (Sirlene de Oliveira Francisco, 36 anos, Assistente Social).

Nos relatos das experiências de Kate e Sirlene, podemos perceber como as intervenções médicas se colocam como práticas ritualizadas no parto, ao se estabelecerem como uma rotina que organiza as práticas hospitalares; por isso, quando são questionadas ou recusadas, geram conflitos na relação entre os profissionais e as parturientes, alimentando, por vezes, o ciclo produtor da violência obstétrica. Como vimos nos casos relatados acima, ambas as parturientes, além de sofrerem intervenções rotineiras como manobra de *kristeller*, episiotomia, uso de ocitocina, privação da escolha da posição de parir etc, têm a percepção de procedimentos feitos como retaliação por seus comportamentos, em que recusam a “administração” e controle externo de seus corpos.

Daí por diante, acompanhei muitas outras histórias em que eu presenciava a autoridade médica e institucional decidindo sobre os corpos e culpando as mulheres pelos desfechos adversos. Algumas vezes, eu saía dos hospitais caminhando sem rumo e chorando, impactada pelo que eu via e ouvia, com um sentimento grande de que eu não poderia mudar nada naquele sistema. Muitas vezes, tive vontade de desistir e fazer algo mais fácil e com menos envolvimento com as histórias das mulheres e famílias. E então eu tinha o retorno delas, do quanto havia sido importante eu estar ali ao lado e de que seriam eternamente gratas. E, assim, decidi seguir.



Foto 1: Sirlene com Miguel e seu marido, Carlos. Foto 2: Eu com Sirlene e Miguel.

Ambas no alojamento pós-parto da maternidade, em 2010.

3. O nascimento de Maria³² na Avenida Brasil

Ana, moradora do Complexo da Maré, solicitou meu serviço de acompanhamento para o seu parto, que ocorreria numa maternidade do SUS, referência em humanização do parto no Rio de Janeiro. Apesar de ter plano de saúde, optou por realizar seu pré-natal num posto de saúde próximo à sua casa, já que estava descontente com o atendimento no pré-natal da rede privada e as poucas chances de conseguir um parto normal. No dia em que entrou em trabalho de parto, Ana me enviou uma mensagem: “Oi Gisele, hoje eu estou o dia inteiro sentindo dor na parte baixa da barriga, tipo uma cólica... O que pode ser?”. Ao ver a mensagem, um tempo depois, respondi que eram contrações, que podiam ser um “ensaio” do trabalho de parto ou mesmo o início do processo. Ela me escreveu em seguida: “Agora está doendo sem parar e eu não encontro posição para deitar, só passa quando eu caminho”. Pedi que começasse a contar os intervalos entre as contrações ou que pedisse ao marido. Ela disse que pediria a ele e que tinha acabado de vomitar. Informei que era normal, sugeri um longo banho no chuveiro quente e pedi que me retornassem com notícias. Resolvi descansar um pouco e às duas e meia da manhã acordei um pouco assustada e preocupada. Ainda não sabia se era trabalho de parto. Eles não deram retorno com a contagem das contrações. Enviei uma mensagem para o celular dela, avisando que podiam me ligar quando precisassem. O marido retornou em seguida, contando que ela tinha vomitado mais, que as contrações estavam mais fortes, de três em três minutos!

³² Neste relato foram utilizados nomes fictícios.

Ouvi o gemido da Ana ao fundo e dei um salto da cama! Disse a ele que chamaria um táxi e iria logo que chegasse. Meu táxi chegou por volta das três da madrugada. Informei o caminho, solicitando que o taxista me deixasse numa passarela da Avenida Brasil, com receio do taxista não querer me levar se eu disse que iria para uma favela. Combinei com o marido da Ana para me esperar no posto de gasolina próximo para me levar até a casa a pé. Durante o meu trajeto, o marido ligou dizendo que não conseguia falar com o amigo que os levaria de carro para a maternidade e se poderíamos seguir no táxi em que eu estava. Eu ainda tinha dúvidas se já era a hora da transferência para o hospital, até que ele disse que Ana tinha um sangramento considerável e desejo de evacuar – sinais de que o trabalho de parto se aproximava da fase final, de *expulsar* o bebê. Conversei com o taxista e ele foi muito tranquilo em relação a levar a parturiente e também em entrar na favela. Chegamos na Avenida Brasil em vinte minutos e, ao chegar no local, logo fui vê-la. Cheguei ao banheiro onde ela estava e recebi um largo sorriso, alternado com os gritos, e disse: “*Que bom que você chegou. Estou mais tranquila agora e com vontade de empurrar*”. Rapidamente, pedi que o marido levasse tudo para o táxi e que eu a acompanharia até o carro. Ana disse que não queria se vestir, nem se arrumar e queria ir de roupão e sem calcinha – o que para mim era um sinal de que ela não demoraria muito para parir. Assim, acelerei a saída de casa, orientei que andássemos para o carro e que ela parasse durante as contrações. No caminho até o carro, a *bolsa rompeu*. Ana sentiu o líquido escorrer pelas pernas e me avisou. Agora eu sabia que o trabalho aceleraria ainda mais. Ao chegar no carro, fui no banco de trás com ela e orientei que ficasse de joelhos, com o corpo apoiado no banco, já que ela não conseguiria sentar. Ela disse ao motorista: “*Boa noite, moço. Olha, eu vou gritar, tá?*”. Ele apenas sorriu. Chegamos na Avenida Brasil e logo pegamos a pista que seguia no sentido da maternidade, a 10 minutos de distância. Ana “segurava” o grito e eu disse que ela podia gritar. Ela gritou em seguida e, segundos depois, disse: “*saiu*”. Sem acreditar, perguntei se tinha saído mais líquido e pedi que tocasse e ela disse: “*É a cabeça*”. Acendi a luz do teto do carro, levantei seu roupão, deitei no banco e vi a cabeça da Maria. Quase toda fora já. Em alguns segundos tive tempo para ficar tensa e ficar “fria” novamente. Vi que não teria outro jeito. Ia nascer ali, na próxima contração e não tinha nada a fazer a não ser receber a bebê e passar tranquilidade a todos. Pedi que não corressem e se possível parassem o carro, pois nasceria ali e eu precisava de panos, de cueiros. Veio outra contração e pela distância entre a cabeça e o banco, só pude acomodar a toalha e acompanhar a saída da bebê, para pegá-la em seguida.

Entreguei imediatamente para a mãe e Maria deu seu primeiro grito, mostrando que estava tudo bem com ela. Ficou corada imediatamente e respondeu a todos os sinais de vitalidade esperados por qualquer pediatra. Consegui fraldas para aquecê-la e pedi que fechassem os vidros. Ana chorava emocionada e feliz. O taxista, pasmo e muito feliz, exclamou: “*Glória a Deus!*”. Perguntei se ele tinha visto a hora e ele respondeu que havia nascido às 3h52min.

Seguimos para a maternidade e, chegando lá, saí do carro para avisar à obstetra de plantão. Quando a vi, constatei que já a conhecia e sabia que não era uma pessoa muito maleável. A médica atendeu prontamente junto com uma enfermeira, veio até o táxi com um material para corte do cordão umbilical, que poderia ser feito depois, na sala de parto. Estava tudo ótimo com a mãe e a bebê. Não era mais uma emergência, não era preciso nenhum procedimento de urgência. Mas o corte do cordão foi feito ali mesmo, dentro do táxi e a médica pediu que a mãe entregasse a bebê. Ana, ainda sem jeito, não sabia como fazer e a médica disparou: “*Deixa que eu pego. Eu sei pegar, faço isso há 20 anos*”. Enrolou a bebê em um tecido hospitalar e entregou à enfermeira, que a levou embora, sem maiores explicações. A médica recolheu o material e também foi embora. Perguntei pela Ana, se não a levariam junto, e ela disse que o maqueiro já viria buscá-la. Pedi que o pai fosse junto, para acompanhar os procedimentos com a filha. Dez minutos depois, ninguém havia aparecido ainda para prestar assistência à Ana. Quando a médica surgiu, imaginei que viria buscar a mãe. E então, ela me pediu para ir até lá, tirar o pai da sala, pois ele estava “atrapalhando” ao querer observar os procedimentos que fariam com a sua filha. Ela o queria sentado, aguardando do lado de fora. Pedi que ela compreendesse, pois eles tinham acabado de ter um bebê e que ele tinha direito de acompanhar. E ela respondeu: “*vim falar com você porque você é doula e achei que fosse sensata, mas pelo visto não é*”, e saiu. Segui atrás para tentar pedir o maqueiro e encontrei uma grande discussão. O segurança pedia para que o pai saísse e ele se recusava, alegando que sabia dos direitos dele. Tentei me dirigir à médica, em tom calmo, para tentar ajudar e chamei pelo seu nome, já que a conhecia de outros atendimentos. E ela me interrompeu pedindo que eu a chamasse de “doutora”. O pai imediatamente reagiu: “*Você quer ser chamada de doutora? Então eu quero ser chamado de professor agora!*”. Eles continuaram a discussão e, em seguida, todos desistiram, o segurança saiu e permitiram que o pai ficasse. Voltei para ajudar a Ana e o maqueiro a colocou na cadeira de rodas, em início de *expulsão da placenta*. Terminam a avaliação da Maria e outra parte da equipe veio, em tom mais amigável. Uma pediatra me fez

perguntas sobre o nascimento para anotar no prontuário. Uma enfermeira, simpática, me ofereceu um crachá para eu acompanhar a mãe até a sala de parto. A bebê estava sozinha no bercinho da sala e a mãe sozinha na cadeira de rodas, separadas. Após a reação do pai, mostrando-se informado quanto aos seus direitos e os de sua esposa, todo atendimento mudou. Até a médica que exigiu ser chamada de “doutora” voltou, parecendo “outra pessoa” e tratando bem a todos. Ana, um pouco alheia a toda a confusão, só tinha olhos para a sua filha e estava realizada em tê-la em seus braços.

4. A cesárea da Carla³³

Acompanhei a gestação de Carla desde o início. Seu marido, Jean, era fotógrafo; moradores de um bairro da periferia de Niterói, eles viviam num pequeno apartamento alugado. Carla tinha plano de saúde e teria seu parto numa maternidade do SUS. Fez seu pré-natal até o último trimestre com uma obstetra que só realizava cesarianas e não atenderia seu parto normal. A gestação se prolongou e passou de 41 semanas. O casal começou a ficar muito ansioso. Escreviam com frequência, sempre assustados com as buscas que faziam na internet sobre os riscos de o bebê “passar do tempo”.

Ao completar 42 semanas de gestação, Carla começou a sentir os primeiros sinais do trabalho de parto. Quando Jean me ligou avisando que as contrações estavam mais fortes, pedi que contasse os intervalos e ele me passou a contagem, bastante irregular, que mostrava que ainda não era *trabalho de parto ativo*. Avisei que ainda era cedo, que esperássemos ficar mais ou menos com intervalos de cinco em cinco minutos. Eles estavam bem ansiosos e logo pediram que eu fosse para a casa deles.

Ao chegar, vi Carla com contrações fortes, mas seu aspecto e comportamento ainda não eram de uma mulher em *trabalho* de parto ativo, pois ela ainda conversava *muito, sorria e racionalizava todo o processo*. Eu gostaria de ter ficado mais tempo observando para não irmos cedo, mas eles já estavam prontos para sair e preferiam ir logo para a maternidade. Andamos lentamente e ela se deparou com uma escada de quatro andares para descer, parando a cada contração forte. Durante o trajeto, muito trânsito, muita confusão. Ao chegar ao Rio, tudo

³³ Nesse relato foram utilizados nomes fictícios.

parado. O taxista teve a ideia de pedir ajuda à viatura da polícia que estava em frente, avisando que estava com uma gestante em trabalho de parto. Eu pensei ser um exagero, mas, por outro lado, não estava confortável ficar parada ali com uma mulher tendo contrações, à luz do dia. Os policiais atenderam prontamente e seguimos como num filme americano de ação e em poucos minutos chegamos à maternidade. Carla foi recebida por uma enfermeira obstetra que, ao realizar o *toque vaginal*, nos contou que tinha apenas três centímetros de *dilatação* e que ela ainda não estava em trabalho de parto, mas, por ser uma gestação *pós-termo*, com idade gestacional “avançada”, o protocolo seria internar mesmo antes do *trabalho de parto ativo* começar. Por volta das 11 horas, ao irmos para a sala de parto, encontrei uma enfermeira obstétrica que já conhecia e fui cumprimentá-la com um abraço caloroso. Mais tarde, quando ela veio se apresentar ao casal, me contou que a equipe de enfermagem pediu que ela fosse atendê-los, pois não gostavam de atender gestantes que tinham *doulas*.

Acompanhei o trabalho por todo o dia. Como eu intuía, ao anoitecer o trabalho começou a ficar mais efetivo. Às 18 horas, a *dilatação do colo* de Carla tinha evoluído para oito centímetros. Tudo era medido. Toques vaginais e monitoramento dos batimentos cardíacos do feto. Carla resistiu muito bem, apesar de estar exausta. Até que, por volta da meia-noite, mudou a equipe e surgiu uma médica, com atendimento totalmente diferente dos anteriores. Dizia não concordar com aquele processo fisiológico, que o quadro dela não tinha evoluído quase nada e que era necessário fazer alguma intervenção. A médica solicitou um exame e informou que o bebê apresentava aceleração dos batimentos cardíacos, que estava acima do considerado normal, e disse: “Eu prefiro fazer uma cesariana e te entregar um bebê que nasça bem”. O casal me olhava nos olhos, buscando minha opinião. Eu nada podia responder. Eles pediram para pensar um pouco. Carla chorava desolada. Pedia qualquer intervenção antes da cesárea. A médica explicou os riscos de intervir naquelas condições e disse que seu quadro estava sem evolução há mais de 6 horas e que a taquicardia do bebê era um primeiro sinal de “sofrimento” dele. Disse que voltaria em 10 minutos. Carla soluçava, não se conformava. Eu sabia que o que eu falasse eles confiariam, mas não queria convencê-los a uma cesariana sem saber se era realmente necessária, já que eu sabia que o exame realizado tem grandes chances de falhar. Fiquei pensando no que eu podia fazer de melhor para a Carla, já que no João toda a equipe médica estava pensando. Percebi que aquele cenário não ia mudar e que não aceitariam que ela permanecesse em trabalho de parto. Resolvi dizer a ela que o ambiente hospitalar tem

protocolos, tem limites. Que tinham algumas coisas ali que não poderíamos lutar contra. Que eu não sabia se o João precisava de uma cesariana, mas que eu tinha certeza que ela fez tudo o que poderia ter feito e que não desistiu em momento algum. Completei dizendo que ela ofereceu muitos benefícios para o João com o trabalho de parto e que talvez, naquele momento, fosse melhor aceitar esse limite para evitar mais tensões. Eles concordaram imediatamente. Quando a médica voltou, Carla disse que aceitava a cesárea, mas que me queria junto, durante a operação. A médica informou que só o marido poderia entrar e então Carla chorou, implorando. A médica aceitou o pedido e fomos para sala de cirurgia. Sensação de derrota. Jean chorava sem parar, eu não sabia o que fazer para acalmá-lo. Na sala, ele ficou distante, encorajei que ficasse ao lado dela. João nasceu logo, muito bem. Foi colocado no colo da Carla imediatamente. Foi bonito e chorei junto. Logo me afastei e fiquei apenas observando, deixando que os dois vivenciassem aquele momento ímpar. Agora, a três.

5. O parto domiciliar após duas cesáreas de Cristiane

Apresento abaixo o relato de Cristiane Pitzer³⁴ de um parto domiciliar após ter tido duas cesarianas. Nas duas gestações anteriores, após a *ruptura da bolsa*, as cirurgias ocorreram com os bebês ainda prematuros. O relato em sua íntegra está publicado na internet. Cristiane escreve:

19:57: uma contração bem forte, dolorida e longa veio e, no meio do desconforto senti um 'ploc'... Falei com meu marido: “Roger!! Minha bolsa rompeu!!!!” Não acreditei. Pedi uma toalha. Estava em êxtase e incrédula ao mesmo tempo! Chorei sentada no vaso! Era muita emoção para mim, que passei por duas bolsas rotas prematuras (às 24 e 19 semanas, respectivamente) nas gestações anteriores.

Ainda chorando copiosamente, sentada no vaso, agradei a oportunidade de viver aquela experiência pela primeira vez, apesar de estar na terceira gravidez, independentemente de como seria o desfecho.

Por volta das 21h, Roger veio para o nosso quarto. As crianças já estavam dormindo. Eu disse a ele que deveríamos contar as contrações por 10 minutos e retornar para a Maíra

³⁴ Acesso ao relato completo em: <https://www.facebook.com/notes/cristiane-coca-pitzer/relato-de-parto-nascimento-do-bernardo-parto-normal-ap%C3%B3s-2-ces%C3%A1reas-domiciliar/10203206314> (acesso em 15/09/2016).

(Enfermeira Obstetra), mas que eu não estava conseguindo fazer isso. A essa altura, quando a contração vinha, eu olhava a hora no celular, mas não conseguia registrar. Então quando vinha a próxima, eu não tinha a menor ideia do intervalo. Meus pensamentos são interrompidos pelo Roger dizendo que ia avisar a Maíra que as contrações estavam de 3/3 minutos.

A água do chuveiro estava pelando, como eu queria. Fechei o basculante e quando vi, já estava sentada no chão do box. A dor vinha com intensidade. Eu gemia quando ela vinha. Procurava uma posição menos desconfortável. Avistei um banquinho dentro do box, abracei aquele banco e sentia a água batendo nas minhas costas. Fiquei ali imóvel, lidando com a dor.

Vi a sombra da Gisele, nossa *doula*. Ela falou bem baixinho e perto de mim que já estava ali. Senti alívio. Gisele me perguntou se eu estava com vontade de fazer força. Respondi que não. Mas ao ouvir essa pergunta, revi meus arquivos mentais e percebi que eu já estava fazendo isso há algumas contrações!

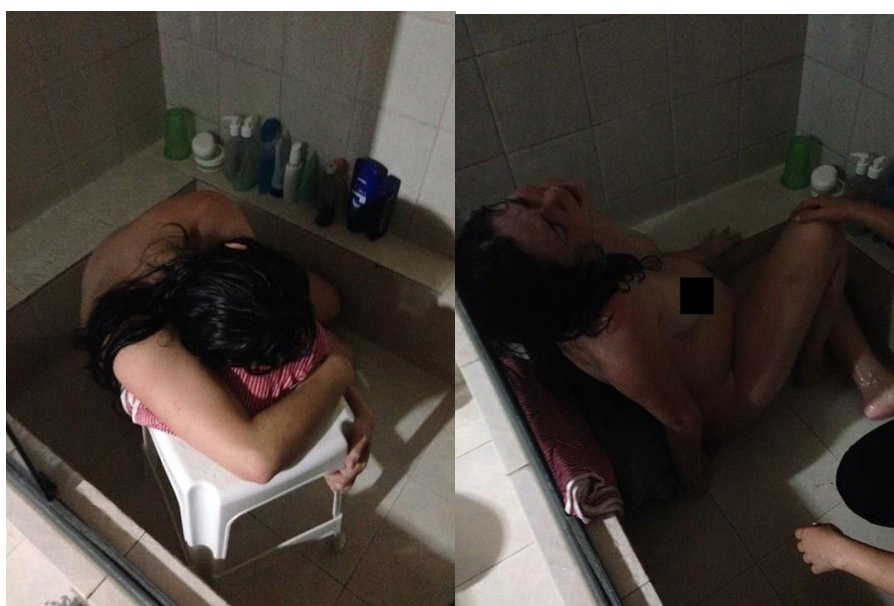
Gisele me ofereceu mudar de posição, eu aceitei de pronto. Como eu queria algo mais confortável! Ela pediu edredons, travesseiros para o Roger. Eu só precisava me sentir menos desconfortável. As contrações estavam muito próximas umas das outras e a dor era simplesmente inenarrável! Aquela vontade de fazer cocô foi aumentando e eu segurava e me contorcia, como em uma dor de barriga que tudo parece que vai descer pelas pernas! Foi aí que o Rogério me falou que já se podia ver os cabelinhos flutuando na água que se acumulava dentro do box. A Gi me disse que eu poderia tocar a cabeça do bebê, se desejasse. “Cabeça? Como assim, cabeça???” Eu pensei. Não consegui digerir que já estava nascendo! Tão rápido! Tudo acontecia rápido demais.

E nessa hora, em alguns segundos, eu entendi que aquela dor absurda era o bebê passando pelo canal vaginal. Mais uma contração, e saiu a cabeça do nosso filho! Eu vi sua cabeça, de costas para mim, e o cordão passando por trás do pescoço. Não podia acreditar no que meus olhos viam. Sozinho, o bebê virou de lado, olhando para minha perna esquerda. Gisele pediu para o Rogério desligar a água e eu achei que ele demorou a fazer isso, então repeti que ele desligasse. Mais uma contração, bem menos dolorosa, saiu toda a barriguinha do bebê, já virado para mim. Eu o segurei e ele já começou a chorar. Era inacreditável. Mais uma contração e saíram as pernas. Nosso filho agora estava por inteiro nos meus braços. Puxei ele para o meu colo, eufórica, incrédula, extasiada! Mas não conseguia porque ele estava vestido com o cordão (como um suspensório). Desfiz a volta que o cordão fazia, e trouxe ele mais para o alto,

grudadinho em mim. Eu ria.... Ria incrédula. Ria emocionada. Ria realizada. Nem me lembrei de olhar o sexo! Até que o Rogério perguntou: “E aí, Cris? É menino ou menina? Era um menino! Era nosso Bernardo. Perguntei repetidas vezes para a Gi e o Roger se aquilo tudo era real, pois para mim, parecia um sonho. E não deixava de ser. Eu pari. Pari sozinha. Pari em casa. Pari após 2 cesáreas.

Quase imediatamente após o parto, caiu uma chuva forte! De dentro do box, eu ouvi. Era a chuva que lavava minha alma. Era a chuva que me mostrava que sim, eu era capaz de gestar, eu era capaz de parir. Fiquei ali, olhando para o Bernardo, me apaixonando ainda mais por ele. Apaixonada pelo meu parto. Assimilando tudo o que tinha acontecido ali: no meu box.

Bernardo nasceu às 22:39 h, Gisele chegou por volta das 22h e a equipe chegou cerca de vinte e cinco minutos depois do nascimento do Bernardo. Vi todas entrando no banheiro, que estava à meia luz. Elas sorriam para mim, e eu sorria para elas, mostrando, com o olhar e com o sorriso, tudo o que tinha acabado de acontecer ali”.





Cristiane Pitzer, parto domiciliar após duas cesarianas, em 2014. Fotos: Gisele Muniz e do acervo de Cristiane.

6. Tamara, parto domiciliar após cesárea

O parto em casa da Tamara Fogel, 33 anos, professora, cesárea na rede privada e parto domiciliar.

O primeiro parto, que resultou em cesárea:

Depois da bolsa estourar, liguei pra médica e ela me mandou direto para a maternidade. Eu me lembro da irritação das enfermeiras toda vez que vazava líquido e elas tinham que trocar o lençol. A médica chegou, me tocou e me colocou na ocitocina, sem nenhuma discussão. Logo começou a doer muito! Já estava próximo do horário que ela começava a atender no consultório e ela falou que eu sentiria aquela dor o dia todo, que não estava evoluindo, e isso não era normal. Consenti a cesariana. A partir daí o respeito desapareceu. Fui levada para centro cirúrgico, sozinha, com contrações muito fortes e todos me ignoravam. Era aniversário do anestesista e todos pararam tudo pra cantar parabéns pra ele. Ninguém falava nada comigo. Começaram a operação sem me avisar. Chamaram meu marido às pressas, quando já estavam tirando o bebê. Após o nascimento, vi o Lucas muito rápido e só tive contato com ele depois dele tomar banho, e por cinco minutos, antes dele ir pra incubadora. A minha médica não esperou pra me fechar, foi embora sem sequer se despedir. A instrumentadora cirúrgica veio cobrar seu pagamento menos de trinta minutos depois da cirurgia”. (Tamara Fogel, 33 anos).

Na segunda gestação, Tamara optou por um parto domiciliar, alegando que queria ter uma experiência diferente, de protagonismo:

Pedro já estava quase nascendo quando a enfermeira colocou o espelho para eu ver. Leandro já começou a chorar e falava: “Tá vindo, amor!”. Minha vontade era de gritar com ele e enfiar a mão e puxar, pois estava doendo muito! Eu estava mal-humorada, não estava vendo beleza em nada porque doía muito. Mas aí, saiu a cabeça! Meu Deus! Saiu a cabeça! Ela está girando! Que troço louco! Vem outra contração, bem mais tranquila e saiu todo o corpo! Pedro nasceu às 00:30h e veio direto pros meus braços! “Meu filho nasceu, eu pari! Meu Deus! Eu pari! Em casa!”

Pedro chorou logo, todo rosa, lindo! Meu Deus! E eu só gemia! Não consegui falar nada, declarar nada pra ele. Só queria olhá-lo. Fomos para a nossa cama, ele mamou e me olhou por horas. Foi maravilhoso. Não dá pra descrever. Eu queria falar pra todo mundo como aquilo era mágico, como era precioso. Obrigada Pedro, por me refazer como mãe e mulher!”.

No caso do parto da Tamara, seu companheiro, Leandro, também escreveu a sua versão do nascimento, que, na época, ganhou mais visibilidade do que o relato produzido por Tamara, possivelmente por apresentar um fato pouco comum – um homem escrevendo a própria experiência com o evento do parto:

“Era domingo, 08 de março, 15:30 h. Caminhávamos em direção ao carro, após interromper precocemente o almoço em um restaurante. As contrações, que haviam começado dias atrás, vinham mais fortes, querendo ritmar. E bem ali, na esquina da Mem de Sá com a Lopes Trovão, Tamara pariu. Era o fim de uma longa gestação, que começou pouco depois do nascimento do Lucas. Confesso que não entendi quando as lágrimas desceram de seus olhos. Medo? Ansiedade? Insegurança? Nada disso. Ou melhor, tudo isso, mas também a dor do parto roubado, a raiva contra um sistema cruel, armado para retirar o protagonismo da mulher e encaminhá-la para a triste e fria linha de produção de nascimentos via cirurgias desnecessárias. Tamara nunca sentira uma contração natural. Abraçados em cumplicidade, choramos os dois. E seguimos mais leves para casa.

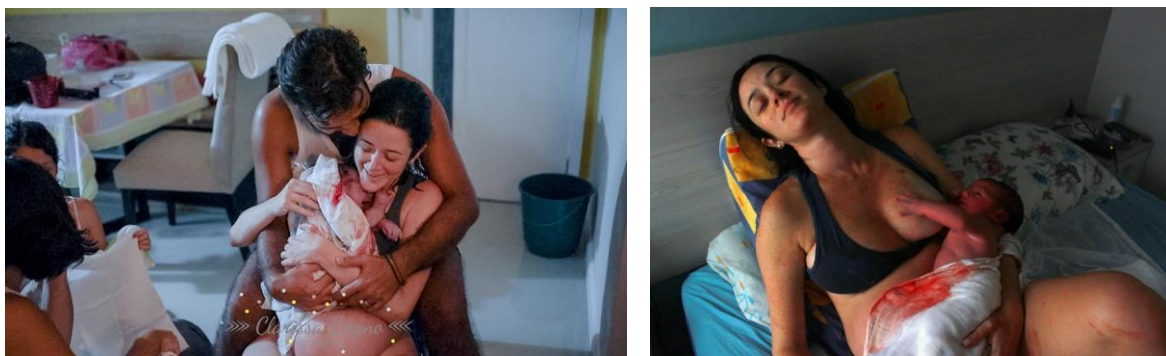
E como não se apaixonar outra vez e de novo por uma mulher que passou tão brilhantemente por tal crescimento pessoal? No início, não achava que ela seria capaz de bancar

a decisão de ter o Pedro em casa. Porém, a cada nova informação, a cada evidência descoberta, a cada consulta pré-natal que indicava a gestação de baixo risco, pude perceber que esse era um caminho sem volta. Ao mesmo tempo em que se consolidava a confiança no parto domiciliar, aumentava a frustração da experiência anterior, que por sua vez alimentava o desejo de fazer tudo diferente, o mais “natural” e acolhedor possível.

Quando Lucas dormiu, por volta das 23 h, a vocalização que se ouvia no silêncio da noite já não era mais de dor. Era algo que eu nunca ouvira antes, mas pelos relatos, anunciava o início do fim. E enfim, depois de sair do quarto para a sala, da sala para o chuveiro, do chuveiro para a piscina e da piscina para a banqueta, pudemos ver pela primeira vez nossa cria, através do espelhinho que a Marcella posicionou. Primeiro só um pedacinho da cabeça. Duas contrações mais tarde, toda ela se revela. Na seguinte, Pedro chega com tudo, amparado pela Paolla, que o entrega diretamente aos braços da mãe. Ali o tempo e o espaço já não existiam. Éramos apenas nós três, juntos, abraçados pela primeira vez, ao som do doce choro da vida. Nunca senti amor maior na vida. Ninguém deveria ser privado dessa avalanche de emoção. Nenhum bebê deveria ser recepcionado diferente.

Aqueles segundos estão eternizados na sala da "casa nova". Era início da madrugada. O dia 8 fora, mais do que nunca, dela. O dia 9 será para sempre dele. O choro de saúde veio bastante rápido, mas não antes do choro de emoção deste homem que assistiu ali não só o nascimento de seu segundo filho, mas também o renascimento de uma mulher incrível, a renovação de um amor inexplicável, o surgimento de uma marca eterna no coração e na alma que somente um momento tão sublime como este pode deixar. (Leandro, companheiro de Tamara).





Tamara Fogel, parto em casa após cesárea, em 2015. Fotos 1 e 2: Clarissa Bagno. Foto 3: acervo pessoal.

7. Luana, parto normal na rede pública

Luana Alves Costa Poubel, 38 anos, pedagoga, cesárea na rede privada e parto normal na rede pública.

Na primeira gravidez, pensei em parto normal. Sempre assisti a esses programas na televisão e achava lindo, mas minha médica, que na época era "Deus no céu e ela na terra", nas consultas sempre falando, "Vamos ver como vai ser, se der a gente faz". Por fim apareceu uma *circular de cordão* e eu precisei fazer uma cesárea "de emergência" marcada de terça pra sexta.

Na segunda gravidez, optei por ter parto normal na rede pública. Passei a maior parte do trabalho de parto em casa. Por ter me informado bastante sobre o processo, eu e Ângelo estávamos muito seguros com tudo que estava acontecendo, apesar de ter ficado um pouco assustada quando o sangue desceu pra valer, pois percebi que as coisas estavam "acontecendo mesmo" e bem rápidas. Assim que a *doula* chegou, corremos para o hospital. Acho que foi o primeiro momento em que me "arrependi" de não ter feito parto domiciliar, porque em casa estava tão bom... A transferência para o hospital foi feita entre gritos de dor, bolsa de água quente e massagens no banco traseiro do carro. Cheguei na maternidade e fui direto pra triagem, pois já estava em trabalho de parto avançado. Levei um único toque e, pra minha surpresa, já tinha quase 10 de dilatação. Essa hora foi a mais chatinha, pois estava com muita dor, gritando e precisava passar por aquele processo de internação. O hospital estava lotado.

Quando cheguei na sala de parto, fui direto para o banheiro e não sai de lá até o Caetano nascer. Adorei o atendimento das enfermeiras, que toda vez que precisavam ouvir os batimentos cardíacos do bebê, se apresentavam e pediam permissão. E nos deixaram bem à vontade. Só teve aquele episódio em que eu já estava entrando no *expulsivo* e entrou uma pessoa dizendo

que eu teria que sair da banheira, pois não era mais permitido parir na água. Eu me recusei a sair e voltei a gritar. Meu marido resolveu e permaneci na banheira até o Caetano nascer, na água. Meu parto foi maravilhoso!”.



Luana Poubel, parto normal após cesárea, na rede pública, em 2015. Fotos: Gisele Muniz

8. O parto no carro, a caminho do hospital

Tamara das Neves Sanches, 27 anos, assistente social, parto normal no hospital público e parto no carro, a caminho do hospital.

A minha primeira experiência de parto foi aterrorizante. Hoje, compreendo que sai de casa muito cedo, o que contribuiu com os desrespeitos que sofri desde que cheguei ao hospital. Já na entrada do hospital, fui recepcionada com um “*não sei se teremos vagas*”. Até que finalmente os meus gritos, devido às contrações, incomodaram a equipe e eu fui encaminhada para a sala de pré-parto e informada que, “*segundo as regras da instituição*”, eu não poderia ter

acompanhantes nessa sala nem durante o parto, apesar de já existir a lei do acompanhante. Fui obrigada a permanecer deitada e orientada que não deveria ficar gritando para não assustar as outras parturientes; recebi vários exames de toques doloridos para acompanhar como estava minha dilatação; sem mencionar o “sorinho” de ocitocina sintética que me injetaram sem ao menos mencionar do que se tratava! Quando a minha filha nasceu, a equipe de pediatria imediatamente enrolou ela num pano, levou ela para balança e já estavam saindo com ela da sala. Eu fiquei assustada e perguntei se não poderia, ao menos, conhecê-la antes. A enfermeira trouxe a minha bebê, colocou ela próxima do meu rosto, com muita má vontade, e me disse algo como: “Vocês terão a vida toda pela frente, agora ela precisa ser avaliada”. (Tamara das Neves Sanches).

O segundo parto da Tamara, eu acompanhei quase de surpresa. Tamara havia frequentado poucas reuniões no grupo de apoio e fez contato comigo pedindo para que eu fosse a sua *doula* dessa vez. Depois disso, não fez mais contato. Até que na semana seguinte, durante uma reunião do Ishtar, seu marido me ligou avisando que ela estava em trabalho de parto e se poderia passar no local para me pegar e irmos com ele para o hospital. Ao ouvir os gritos de Tamara do outro lado da ligação, vi que não tinha tempo de pensar ou negar e aceitei. Quando chegaram na porta do espaço em que realizamos os encontros, me despedi do grupo e desci com pressa para vê-los. Ao chegar no carro, vi Tamara no banco da frente e só por nossa troca de olhares, vi que não chegaríamos ao hospital. Em poucos minutos, Maria Flor nasceu e eu a *peguei*, entregando-a a sua mãe, enquanto todos, na calçada, assistiam perplexos ao acontecimento.





Tamara Sanches, parto no carro, seguido de ida para a maternidade, em 2015. Fotos: Gisele Muniz

9. Maya e a cesariana no hospital público após transferência de parto domiciliar

Maya Damasceno Valeriano, 34 anos, historiadora, cesariana no hospital público após transferência de parto domiciliar.

Após decidirmos, junto à equipe, pela transferência do parto domiciliar, fomos para o hospital. Quando chegamos ao hospital, decidi omitir que havia tentado fazer um parto domiciliar. Na admissão, me perguntaram por que eu estava em hospital público se tinha plano de saúde. O exame de toque foi dolorido e me *olharam torto* quando disse que a bolsa havia estourado há mais de 18 horas. Não permitiram que meu companheiro me acompanhasse durante todo o tempo. Na sala de cirurgia, as médicas que me atenderam não se apresentaram ao entrar e continuaram conversando como se eu não estivesse ali. O anestesiista foi bastante indelicado, dizendo que *seguraria minha mãozinha* enquanto meu companheiro não estivesse presente. Durante a cesárea, tentei abaixar o campo para ver o nascimento da minha filha e ele me disse que se o fizesse de novo amarraria a minha mão.

10. Andreza, cesárea na rede privada e parto normal na rede pública

Andreza Cristina Rangel Prevot 38 anos, professora, cesárea na rede privada e parto normal na rede pública.

Eu passei por uma cesariana desnecessária. Muitas pessoas acham que nós aceitamos ou escolhemos uma cesárea, mas eu me senti acuada, sem apoio da família. Saí do consultório

do obstetra com uma tristeza, medo e ansiedade. Era um dia chuvoso, e chovia dentro de mim, uma chuva cinza. Na maternidade, todos sorriam e eu me sentia só, parece que ninguém me percebia, queriam ver a nossa bebê. Eu jurei, com minha filha nos braços, que não passaria novamente por aquela situação. Assim que eu soube da nova gravidez, falei com uma *doula* e ela me sugeriu frequentar um grupo de apoio, espaço fundamental nessa caminhada. Escolhi ter meu parto numa maternidade pública especializada na assistência humanizada. No segundo parto, lidar com o tempo para mim foi difícil. Foram muitas horas e foi duro ver o tempo passar e achar que as coisas não mudavam no meu corpo, equilibrar ansiedade com cansaço, buscar dentro da gente uma paciência consigo mesma. Quando eu achava que estava tranquila com o tempo, fui pela terceira vez à maternidade. Eu já sabia que estava perto de nascer, mas na admissão, a forma como os profissionais encararam o tempo lá era muito diferente do meu tempo interior. Eu ouvia que já tinha passado muito tempo, que teria só um pouco mais de tempo e que não esperariam muito para fazer uma cesárea, e eu pensava, que piada! Logo agora que eu fiquei de bem com esse tal de tempo. Essa pressa que não era mais minha me atrapalhou. Felizmente consegui meu parto normal, com a ajuda da *doula* e do meu companheiro, que me ajudaram a resistir às pressões das médicas. Nessa hora, a gente fica muito vulnerável e é difícil se posicionar sozinha.



Andreza Prevot, parto normal após cesárea, na rede pública, em 2014. Fotos: Gisele Muniz

As narrativas apresentadas foram produzidas em diferentes situações e contextos. Os relatos de experiência que apresento foram gerados a partir de duas situações: na primeira, os diários virtuais que eu realizava para contar as minhas experiências a outras profissionais e discutir os casos, com objetivo de refletir tecnicamente sobre as situações e pensar o que poderia

ser feito para ajudar a transformá-las, ao oferecer o suporte de meu trabalho para o aumento da satisfação materna em relação à experiência e para a redução de intervenções nos partos e cesarianas. Na segunda, as produções foram realizadas a partir de exercícios de me observar *em cena*, propostos pela minha orientadora, na tentativa de desnaturalizar a minha atuação e as práticas que eu estava habituada a observar.

Os relatos de parto produzidos pelas mulheres (e homem) em outras duas situações: na primeira, utilizei relatos de experiências realizados pelas mulheres e publicados nas redes sociais e blogs, a fim de ajudar a outras mulheres a conquistarem seus partos conforme seus desejos ou desconstruir a ideia do parto normal como algo perigoso, traumático, doloroso e feio. Nessas narrativas, as mulheres buscam construir outra imagem do parto, conferindo outro olhar estético e reposicionando a mulher como sujeito principal e protagonista do evento. Na outra situação, ao sentir falta de alguns relatos contados por mulheres que não produziram a escrita de suas histórias, pedi que, a partir de um questionário que propus, desenvolvessem um pouco sobre as suas experiências.

Em todos os casos os relatos foram editados para que fosse possível contemplar várias histórias. Busquei manter a ideia original sem alterar o sentido e, nem tanto, a forma. Os relatos na íntegra serão disponibilizados para consulta.

O objetivo de trazer essas narrativas como vozes das mulheres, assim como ocorrerá no capítulo três, visa possibilitar a visão dos partos, relações, conflitos e soluções, a partir de uma perspectiva de interioridade, trazendo elementos para discussão, que, apesar de não terem sido aprofundados neste capítulo, serão abordados nas considerações finais.

CAPÍTULO TRÊS

Investigando o cenário do nascimento em Território Kalunga

Neste capítulo, pretendo apresentar um pouco de meu processo de chegada ao campo de pesquisa e as dificuldades encontradas, tanto nos deslocamentos da *Vila* ao *Vão*, quanto em território Kalunga, fundamental para iniciar minha compreensão das relações entre o território quilombola e a cidade. A partir da experiência de campo, relato como as dificuldades encontradas contribuíram para que eu elegesse o Vão de Almas como a comunidade Kalunga específica com a qual eu trabalharia e como o trabalho das parteiras – que era o foco do meu projeto inicial – foi cedendo um espaço maior para a escuta das experiências das “paridas”, desejando entender como encaravam as transformações no cenário de assistência ao parto no local.

Assim, a partir das narrativas de parteiras e “paridas”, pretendo descrever e discutir o recente processo de medicalização na região e seus impactos na assistência ao parto prestada às mulheres Kalunga, envolvendo elementos como a prática das parteiras locais, as percepções das mulheres Kalunga sobre a assistência médico-hospitalar ao parto e os processos de negociações de saberes. Não é minha intenção neste estudo aprofundar o debate sobre os remanescentes de quilombos brasileiros, entretanto, apresentarei um breve histórico do território quilombola na intenção de colaborar para a compreensão do contexto em que se inserem as comunidades Kalunga.

1. O território Kalunga: um breve histórico

O território Kalunga é constituído por comunidades quilombolas, situadas na microrregião da Chapada dos Veadeiros, no nordeste de Goiás, a uma distância de aproximadamente 400 km de Brasília (ao consideramos a comunidade do Vão de Almas, em que a pesquisa se concentra). Estas comunidades se desenvolveram às margens do Rio Paranã³⁵

³⁵ O Paranã é um rio brasileiro que banha os estados de Goiás e Tocantins. Nasce no Planalto Central, em Goiás, próximo ao Distrito Federal, na região suburbana do município de Formosa e, ao chegar ao estado do Tocantins e junta-se ao rio Maranhão, formando o rio Tocantins.

há mais de dois séculos, ocupando esse território a partir da fuga do trabalho escravo nas minas auríferas da região, exploradas por bandeirantes paulistas a partir do final do século XVII e começo do XVIII, período em que descobriram terras, nessa região, com grande quantidade de ouro. No entanto, conforme JESUS (2007:04), o povo Kalunga só se tornou conhecido nacionalmente em meados da década de sessenta, durante a “Marcha para o Oeste”, com a expansão da fronteira agrícola e construção de Brasília, tendo vivido por mais de dois séculos sem grandes contatos com os municípios que foram se desenvolvendo no entorno. Viviam da agricultura de subsistência, definindo seus ciclos de plantio de acordo com os períodos de cheias e secas do Rio Paranã. Faziam pequenas trocas comerciais com vilas vizinhas e viajantes que por ali passavam, compartilhando também da terra com os indígenas locais.

Atualmente, o território é reconhecido pelo Governo de Goiás como Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga³⁶ e as comunidades Kalunga são consideradas umas das mais importantes comunidades de remanescentes de quilombos no Brasil, devido a sua extensão territorial, número de habitantes e história. O território Kalunga ocupa uma área de 253,2 mil hectares, com uma população estimada em mais de seis mil habitantes³⁷. As mais conhecidas e populosas são as comunidades do Vão de Almas, Vão do Moleque, Engenho II, Prata e Ribeirão dos Bois, localizadas nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás.

De acordo com Baiochi (1999), o nome Kalunga (tendo variação como Calunga) é de origem *bantu*, com múltiplos significados. Dentre eles: “Kalunga, palavra mágica ou uma divindade de culto bantu”; Kalunga-gombe, Deus angolense; Kalunga, mar, campo sagrado para repouso dos ancestrais (cemitério), versão usada nos cultos da Umbanda e Candomblé; em quimbundo é tratamento de “pessoa ilustre”; Kalunga, sinônimo de negro; Kalunga, como boneca de pano, madeira, osso ou metal, representando forma humana ou animal, usada nos maracatus de Recife, entre muitos outros. Baiochi conclui que para o povo Kalunga de Goiás, o termo pode significar “lugar sagrado, que não pode pertencer a uma só pessoa ou família” ou também remete a uma planta da família das *simarubáceas*, um símbolo de poder e ancestralidade.

³⁶ Sítio Histórico

³⁷ Dados do IBGE, 2010.

O Vão de Almas é uma das comunidades com o acesso mais difícil, localizando-se aproximadamente a 100 km de Cavalcante, entre imponentes serras, sendo margeado pelo Rio de Almas, que corta todo o território em sua extensão. Este rio é chamado também de Rio Branco, que, de acordo com os registros (BAIOCHI, 1999), foi assim batizado por um padre que visitou o local para celebrar uma missa e considerou uma heresia o rio se chamar dessa forma.



Rio de Almas visto do alto da serra, na ida para o Vão de Almas

Apesar do reconhecimento da importância histórica das comunidades quilombolas Kalunga, este reconhecimento não se dá do mesmo modo nas políticas públicas. Muito distantes dos centros urbanos e com difícil acesso, os habitantes do Vão de Almas reclamam da ausência de políticas públicas diversas, como luz elétrica³⁸, água encanada, saneamento básico, estradas, transporte público, escolas de Ensino Médio, Unidades Básicas de Saúde, entre outros. Para que tenham assistência médica, por exemplo, precisam se deslocar para as cidades, numa viagem que leva pelo menos três horas, na época na época da seca, quando as estradas estão mais acessíveis.

Com as gestantes, a situação não é diferente. Para que realizem o pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), precisam ir aos municípios do entorno mensalmente. Não há assistência à saúde por órgãos oficiais nas comunidades Kalunga. Quando a época do parto se aproxima,

³⁸ O Programa Luz Para Todos, do Governo Federal, já alcançou algumas comunidades Kalunga, como as que integram o município de Teresina de Goiás. Contudo, o Vão de Almas, pertencente ao município de Cavalcante, permanece sem luz elétrica, como há mais de duzentos anos.

as mulheres precisam migrar para a cidade com um mês de antecedência para aguardar o trabalho de parto, para que sejam atendidas na maternidade local ou encaminhadas para maternidades de outros municípios, caso as maternidades locais não possam realizar o atendimento.

2. O caminho se faz ao caminhar: o planejamento do trabalho e as mudanças nos percursos

Na época da primeira ida a campo, eu buscava entender um pouco mais sobre o cenário atual de assistência ao parto das mulheres Kalunga. Depois das minhas primeiras conversas virtuais com o Thiago³⁹, soube que as parteiras locais já não atuavam mais há alguns anos. De início, essa constatação foi um pouco preocupante. No entanto, decidi ir para Goiás realizar o meu trabalho de campo mesmo assim. Apesar das expectativas iniciais, o que eu sabia de mais certo era que eu queria conhecer o cenário do parto entre as Kalunga e resolvi que deixaria o *caminho se fazer ao caminhar*.

Dias antes de partir para Brasília, me certifiquei de que o melhor modo de deslocamento para os municípios localizados na Chapada dos Veadeiros, para onde iríamos, era a partir de caronas previamente combinadas, pois o transporte público é raro e precário. Um dia antes de ir, consegui duas vagas (para mim e para a minha filha, Cora) para Alto Paraíso num grupo de caronas de uma rede social. Havia uma contribuição financeira pré-estabelecida, mas nada era rígido, as postagens no grupo virtual geralmente pediam ou ofereciam *boa companhia e ajuda no gás*, além de informações sobre a região. O motorista que daria carona combinou de nos buscar no aeroporto de Brasília e tudo aconteceu como o combinado. Outras duas mulheres viajaram conosco e assim fomos conversando e já conhecendo pessoas, recebendo dicas. A paisagem do cerrado era encantadora. Logo que a viagem pelas estradas avançou, começamos a avistar as placas que sinalizavam a possibilidade de travessia de animais silvestres, pedindo cuidado e redução da velocidade. Isso me impressionava muito. Era diferente demais de tudo que eu já tinha visto e então me dei conta do quanto eu estava longe. Passamos alguns dias em Alto Paraíso e lá já iniciei as pesquisas, pois sempre que eu falava sobre o motivo de estar ali, as pessoas sentiam grande simpatia e gostavam de conversar sobre os Kalunga, além de me

³⁹ Thiago Machado, conhecido como Thiago *Roots*, guia turístico em Cavalcante.

informarem e me presentearem com uma publicação⁴⁰ sobre a Dona Flor, parteira do Moinho⁴¹, que é sempre citada com muito orgulho por moradores de Alto Paraíso e São Jorge. Para chegar a Cavalcante, consegui combinar outra carona. Dessa vez com um motorista que fazia o esquema profissional de "lotação" em seu carro particular – o que é muito comum na rota de Brasília para Chapada dos Veadeiros, devido à escassez de transporte público.

Cheguei a Cavalcante ainda sem saber que comunidade Kalunga eu visitaria primeiro, sem ter a menor noção da distância entre elas e das dificuldades de acesso às mesmas, sobretudo no período das *águas*, como os Kalunga costumam chamar a época de chuvas na região. O planejamento inicial era de realizar a pesquisa em três diferentes comunidades no território: Vão de Almas, Ribeirão dos Bois e Vão do Moleque, dividindo o trabalho de campo em diferentes períodos, tendo em vista a minha impossibilidade de me ausentar do meu trabalho por prazo maior e contínuo sem um financiamento institucional. Não sendo bolsista e não recebendo recursos da universidade para realizar a viagem, foi necessário planejar o trabalho de campo de forma economicamente viável para mim, ainda que o meu desejo fosse o de permanecer por mais tempo.

Ao entender que a distância e as dificuldades de acesso, limitariam as comunidades que eu poderia visitar e com a incerteza da possibilidade de encontrar parteiras nos locais por onde eu passaria, optei por não focar meu trabalho de campo somente na prática das parteiras, aproveitando todas as oportunidades que tivesse para conversar com mulheres Kalunga que haviam passado pela experiência de parto, tanto domiciliar quanto hospitalar, ao compreender que as experiências relatadas por elas eram fundamentais para a compreensão do cenário da assistência ao parto na região.

Ir a campo – e não só estar em campo – foi um processo bastante interessante e definidor para a pesquisa ir ganhando forma e se despidendo das minhas idealizações. Se por um lado as dificuldades relativas à distância, ao tempo e ao dinheiro que eu poderia investir na pesquisa me desanimavam, por outro me ajudavam a definir melhor o recorte do meu trabalho.

Thiago havia me alertado quanto ao período de chuvas na Chapada dos Veadeiros, me informando que dezembro não era o melhor mês para ir, pois as áreas quilombolas ficavam com

⁴⁰ Saberes e fazeres tradicionais sobre o cerrado: a experiência de Dona Flor. Regina Coelly Fernandes Saraiva, Livia Penna Firme Rodrigues, Mônica Celeida Rabelo. Brasília: Universidade de Brasília, Decanato de Extensão, 2011.

⁴¹ Povoado localizado a 12 km de Alto Paraíso de Goiás.

acesso ainda mais difícil. Contudo, me incentivava a ir assim mesmo já que o período das chuvas só acabava em maio, o que atrasaria muito o início do trabalho. Combinei com ele de me alugar uma casa sua em Cavalcante – que ele geralmente alugava para turistas –, por alguns dias, e assim eu poderia organizar minha ida ao território Kalunga e deixar parte da bagagem desnecessária. Eu ainda não sabia qual comunidade visitaria primeiro e achava que seria possível conhecer mais de uma.

Chegamos ao município de Cavalcante e o meu destino era a Vila do Morro Encantado, que fica a poucos quilômetros do centro. Era lá que estava a casinha em que ficaríamos alguns dias. O lugar se parecia com um bairro de periferia e lembrava a Baixada Fluminense, na periferia do Rio de Janeiro, com população negra em sua maioria e de baixa renda. Lá estava localizada a maioria dos Kalunga que moravam em Cavalcante: os que saíram de suas terras para estudar ou trabalhar e os que tinham dupla moradia ou precisavam vir para casa dos parentes para ter mais acesso às facilidades da cidade (como comércios, produtos industrializados ou escassos, bancos, correios etc.) e às políticas públicas (como pré-natal, exames de saúde, hospitais, Ensino Médio, Universidades, recebimento de benefícios como o Bolsa Família, por exemplo).

Eu e Cora saímos para dar uma volta e conhecer um pouco o local, aproveitando também para comprar comida. Andamos e vimos um campo de futebol, com muitos meninos jogando descalços. Fazia muito calor durante o dia e sempre chovia quando chegava o fim da tarde. No mercado, descobrimos que não havia nenhum transporte público em Cavalcante e que para ir ao centro podíamos ligar para um "táxi", que era um serviço oferecido por moradores em seus carros particulares, que cobravam três reais por pessoa. Os comércios sempre tinham cartões dos motoristas para distribuir. O Centro não era tão longe e também era possível ir a pé, beirando um pedaço da estrada, sem calçadas e sem iluminação alguma à noite, nada convidativa aos pedestres. O uso da bicicleta também era muito comum no município e entre os moradores da Vila. Chamei um táxi para irmos ao Centro e aproveitarmos para conhecer Thiago pessoalmente.



Campo de futebol e casas da Vila do Morro Encantado

Na casa dele, conhecemos também a sua companheira, Daniela, que também desenvolvia pesquisa acadêmica com quilombolas Kalunga. Nossa conversa foi bastante produtiva e ambos deram informações importantes sobre o cenário quilombola e as relações com a cidade e com as políticas públicas. Na conversa, o casal falou sobre programas sociais como o “Brasil Quilombola” e “Minha Casa, Minha Vida”, do Governo Federal, concluindo que, em geral, os programas não contemplam as questões culturais. Citaram como exemplo as comunidades que pertencem ao município de Monte Alegre, que tem mais acesso às políticas públicas por estarem mais próximas da cidade. Contudo, segundo ele, quanto mais próximos das cidades, mais perdem seus cuidados “tradicionais”, estando mais sujeitos às doenças e a problemas que não eram comuns entre os Kalunga como obesidade infantil, “pele manchada”, hipertensão, alcoolismo, entre outros.

Sobre as questões de saúde, o casal contou que, apesar das comunidades contarem com agentes de saúde, estes não fazem muita diferença já que no território estão totalmente desassistidos. Conversamos também sobre a situação das gestantes e parteiras e sobre a promotoria pública na cidade, que tem a mesma promotora há mais de 15 anos, bastante temida pelas parteiras devido às ameaças de responsabilização em casos de partos com desfechos adversos, como morte e morbidade materna ou do recém-nascido.

Ao falar mais sobre a promotora “linha-dura”, Thiago citou a questão da obrigatoriedade dos jovens terem que sair da comunidade para ingressarem no Ensino Médio. Segundo ele, a promotora vê como “crime” crianças trabalhando na roça com os seus pais e, por falta de escolas

de Ensino Médio no território, os jovens precisam estudar em cidades vizinhas e morar na casa de parentes e abrigo. Para ele, esse fato muitas vezes dá início a um ciclo de “subvida”, que inclui alcoolismo, abuso sexual, gravidez precoce, trabalhos em subempregos e em péssimas condições, além de alimentação ruim, obesidade e outras doenças. Corroborando com estas afirmações, recentemente casos de exploração sexual de crianças Kalunga no município de Cavalcante ganharam projeção na mídia e redes sociais. As matérias de jornal relatam que, por falta de oportunidades de trabalho e escolas de Ensino Médio no território, pais e responsáveis entregam meninas a partir de 10 anos idade para serem cuidadas por famílias de classe média, moradoras de Cavalcante, trabalhando como empregadas domésticas, em troca de alimentação, moradia e horário para frequentarem a escola. Assim, sofrem abusos sexuais por parte homens brancos, com poder econômico e político. Uma prática que vem acontecendo há mais de 20 anos, segundo lideranças comunitárias, e acumula um grande número de denúncias de abuso que vêm sendo apuradas pela Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados.

Ao final da conversa com Thiago, perguntei o motivo de ter sugerido o Vão de Almas para que eu iniciasse a pesquisa, uma vez que era a comunidade de mais difícil acesso. Eles explicaram que, por ser o lugar menos acessado pelas políticas públicas, acreditavam que mantinham muitas de suas características culturais “preservadas”. Assim, me colocou em contato direto com Calisto e Fiota, que naquele momento estavam em Cavalcante, e poderiam me hospedar no Vão de Almas. Na volta para a Vila, fomos à casa do casal, onde também estavam o filho, a nora e os netos. A casa era bem pequena, simples e me parecia um lugar de estadias temporárias, que pertencia a toda a família. Eu me lembrava da fala do Thiago, quando dizia que eu encontraria grande diferença entre a moradia deles na cidade, com condições mais precárias e a casa no Vão de Almas, onde estavam “empoderados”. Fiota logo me mostrou os produtos que fabricava e vendia, como óleos de coco e de pequi, xaropes, farinha de mandioca, goma de tapioca, dentre outros. Eu havia ido à casa deles para combinar nossa ida e a hospedagem no Vão. Queria saber como seriam os acordos e a parte do dinheiro era sempre difícil de combinar. Eles costumavam receber muitas pessoas em sua casa, mas não tinham nenhum esquema nem valores pré-estabelecidos. Fiota me dizia para eu conversar com Calisto e ele respondia: *Vamos lá e depois a gente vê isso*. Se por um lado parecia que ele tinha algum constrangimento em cobrar, por outro parecia ter uma leveza da parte deles de que tudo se

acertaria e que resolveríamos bem e de forma justa para as duas partes. Combinamos nossa ida no *carro de linha* do Jonas. Eles me informaram que a passagem custava vinte e cinco reais e que não sabiam precisar o dia em que íamos, pois dependia de vaga no carro. Dois dias depois eles me avisaram que conseguiram as vagas e que sairíamos no dia seguinte, às sete da manhã.

3. De Cavalcante ao Vão de Almas: ô, *sofrência*!

Eu e Cora estávamos ansiosas pela viagem e não tínhamos nenhuma ideia de como seria. De manhã cedo, arrumamos tudo que parecia necessário para levar e, mesmo deixando muita coisa na casa, as mochilas foram mais pesadas e com mais do precisaríamos. Aguardávamos o carro na porta da casa. Imaginávamos um carro comum, com cinco lugares, e nossas vagas garantidas atrás. Espiávamos todos os carros que passavam e Cora pulava e me avisava para vir correndo quando achava que estavam chegando. Fiota chegou na casa onde estávamos para aguardar conosco e, em seguida, chegou o *carro-de-linha*: uma caminhonete, com caçamba tipo “pau-de-arara”. O carro estava *apinhado* de gente, como os Kalunga costumavam dizer para muito cheio, amontoado. Eu duvidava que pudéssemos entrar ali. O caminhão tinha cabine dupla e ambas estavam cheias. Fomos até a parte traseira e também parecia completa. Ela era coberta por uma armação e lona e tinha bancos de madeira sem encosto. Eu olhava com certa estranheza para aquela situação e todos me olhavam com alguma estranheza também. Na parte traseira, havia homens e mulheres, negros e negras, todos Kalunga, com exceção de um homem branco que levava uma caixa d’água vazia com capacidade para mil litros. Ele negociava com Jonas o pagamento de apenas uma passagem a mais pelo enorme objeto. E onde não parecia caber mais ninguém, deu-se um jeito: todos se apertaram mais um pouco para que coubéssemos, eu, Cora, Fiota, Calisto e nossas bagagens. Seguimos viagem e o primeiro trecho foi por estrada asfaltada. Fizemos uma parada em Teresina de Goiás, que, assim como Cavalcante, é um município com grande concentração Kalunga. A rápida parada foi num posto de gasolina onde Jonas aproveitou para abastecer e descemos para lanchar ou levar algum lanche para o resto da viagem. Pude observar um pouco da cidade, que parecia mais bem cuidada do que Cavalcante. Essa minha impressão se confirmava um pouco nas conversas que eu escutava nas ruas ou durante a viagem, nas quais geralmente surgia a comparação entre as gestões das prefeituras

dos dois municípios, muitas vezes encerradas com a máxima: *O prefeito está morto!* Foi o que mais ouvi quando falávamos sobre a prefeitura de Cavalcante.

Quando acabou de abastecer, Jonas entrou no caminhão e, sem esperar que todas as pessoas voltassem, seguiu pelas ruas de Teresina deixando muita gente pelo caminho. Fiquei sem ação quando vi aquilo pela primeira vez. E então ele parava alguns metros mais à frente, para pegar mais alguma mercadoria ou uma encomenda que alguém enviaria a um parente. Os que ficaram pelo caminho, vinham correndo atrás. Nas outras viagens que fiz com ele, fui me acostumando e já me preparava para a corrida ou comprava minhas coisinhas sem tirar os olhos dele e atenta a qualquer movimento de saída que ele fizesse. Nas diversas conversas, percebi que Jonas era uma figura contraditória entre os Kalunga do Vão de Almas. Por um lado, faziam muitos elogios e contavam que sem ele a vida deles seria muito dificultada pela falta de um transporte público frequente que ligasse o Vão a Cavalcante (os caminhões da prefeitura saem poucas vezes no mês e em ocasiões especiais) e que com as condições das estradas, sobretudo no período de chuvas, ninguém mais quer realizar esse trajeto, somente os motoristas que trabalham para ele, percorrendo o mesmo caminho ou fazendo o transporte de outras comunidades Kalunga. Jonas, que realiza esse percurso há uma década, conhece a todos, cada um pelo nome e um pouco de suas histórias. Sabe onde fica cada casa, quem é filho de quem, quem teve bebê recentemente, quem está na cidade aguardando o parto, em que casa vai ter festejo... Muitas vezes vai ao local levar os passageiros e fica para alguma festa, indo embora no dia seguinte e levando os que precisam voltar para a cidade. Sempre cobrando passagem. O mesmo preço para todos, não importa a idade ou tamanho. Adultos, idosos e até criança que vai sentada no colo. Esse é um dos pontos da indignação de muitos. A moça ao meu lado, com duas crianças “passando aperto”, reclama, apenas para mim: “Não dá um desconto! Cobrou a mesma coisa para a pequeninha que veio no colo. Ele é terrível. Ganha muito dinheiro em cima da gente”. A outra reclamação constante é a superlotação dos carros, que além dos desconfortos da viagem, acumula histórias de acidentes na subida da grande serra, trecho mais íngreme e temido durante a viagem. Relembra algumas vezes que o carro já tombou ali, ferindo alguns dos passageiros, como foi o caso de dona Eva, parteira, que me contou que havia fraturado a perna alguns meses antes de eu realizar a entrevista e ainda se recuperava, com muitas dores. O caminhão velho com problemas na infraestrutura e a falta de regularidade nos dias das viagens, que era vista por muitos como uma estratégia para ganhar mais com a superlotação -

também são reclamações frequentes. Ao conversar com Jonas, ele se defende. Diz que gasta muito com manutenção dos carros e que só não para de realizar o trajeto por consideração à população Kalunga.

Dentro da cabine, todas ofereciam e compartilhavam os lanches que haviam comprado e não deu tempo de comer do lado de fora. Pão de queijo, bolo e biscoitos. Mais uns quilômetros à frente e o sinal do celular começou a sumir. Logo acabou a estrada asfaltada e uma placa bem grande anunciava a entrada do *Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga*. Senti um enorme frio na barriga e pensei já estarmos perto e que logo chegaríamos ao Vão de Almas. Chovia sem parar, como é bastante comum no período. Com as chuvas, a estrada estava muito ruim, com enormes buracos, e sacolejávamos o todo tempo, tentando segurar em alguma parte do caminhão quando havia uma subida maior ou passávamos por um trecho de rio. Nossos companheiros e companheiras de viagem usavam seus *smartphones* para ouvir músicas sertanejas e ver fotos, já que não havia mais nenhum sinal de operadora de telefones móveis. A cada pedaço mais difícil da estrada um deles gritava: *ô, sofrência!* Fazendo referência a uma famosa música de um cantor de “arrocha”, muito conhecido também no Rio de Janeiro.



Caminhão do Jonas, em Teresina, a caminho do Vão de Almas



Trajetos na cheia: carro atolando na subida para o Vão de Almas

Depois de muito sacolejo, eu avistei uma primeira casa. Não era uma casa tradicional Kalunga. Era feita de alvenaria. Eu nem imaginava que ainda levaríamos aproximadamente duas horas para chegar ao Vão de Almas. No portão da casa, uma senhora e um senhor aguardavam o *carro de linha* com muitas bolsas. Era Dona Amância, de quem Fiota já havia me falado como “uma parteira muito boa”. Amância vestia saia colorida e lenço na cabeça, e o senhor ao lado usava um grande chapéu e tinha um cigarro de palha na boca. A cena me fazia lembrar imagens contidas no livro “Kalunga: povo da terra” e claramente aquela cena satisfazia bastante das idealizações que eu tinha feito sobre a viagem e o desejo de conhecer essa gente que precisou viver “escondida” por quase dois séculos e sem maiores contatos com as cidades que se formavam no seu entorno.

Jonas avisou a dona Amância que o caminhão estava com lotação esgotada e que ela não poderia embarcar por falta de espaço. Ela ficou incrédula e reclamou que estava há dois dias tentando ir para a casa de sua filha e não conseguia, enfatizando que há dois dias passados Jonas não quis subir porque tinha pouca gente e que hoje ele estava lotado. Ela estava com tudo arrumado e precisando levar as compras para a festa que daria na casa de Diranir. Era devota de Santa Luzia e “dona da festa” que aconteceria no dia seguinte. Todos nós apertamos mais um pouco e conseguimos espaço para os dois e suas bagagens. Seguimos na estrada, debaixo de chuva e uma neblina cada vez maior à medida que a grande serra se aproximava. O carro atolou algumas vezes e os homens desciam para por pedras nos buracos que nos impediam de seguir. Na chegada da subida da serra, Jonas avisou que o carro não aguentaria e várias pessoas

desceram para fazer a subida a pé. Eu e Cora quisemos ir junto, caminhando. No alto da serra, a mais linda vista: o grande Rio de Almas. Apesar de “sujo”, com águas de cor de barro por conta das chuvas, me arrepiei ao avistá-lo pela primeira vez, pois imaginava a sua importância para o lugar. Voltamos ao carro na descida da serra e, um tempo depois e muitas paradas nos destinos dos passageiros, finalmente chegou a nossa vez de descer.



Casa tradicional Kalunga



Vassouras na frente da casa Kalunga

4. Em terras Kalunga, abrindo os trabalhos

Conversando com minhas companheiras da cabine, uma delas perguntou se eu estava indo para o festejo de Santa Luzia. Era muito comum a visita de turistas nas férias e época das festas, que acontecem ao longo do ano em dias de santos católicos. A maior concentração de gente “de fora” ocorre no mês de agosto, na *Romaria*, que é a mais importante festa do Vão de Almas, em homenagem à padroeira Nossa Senhora de Abadia. Conteí sobre o motivo de eu estar ali, falei um pouco sobre a minha pesquisa e aproveitei para perguntar sobre o parto de uma moça que segurava um bebê no colo: “Onde nasceu?”, perguntei. Era interessante fazer a pergunta dessa forma, já que em minha cidade o mais comum seria: “foi parto normal ou cesárea?”. Eu fazia a pergunta “onde nasceu?” esperando ouvir como resposta “em casa/no hospital”, ainda com esperança de encontrar mulheres das gerações mais novas que me respondessem que tiveram filho em casa com parteiras. Apesar de eu ter treinado uma pergunta que parecesse mais adequada à condição local – onde a cesariana não era uma escolha ou uma “epidemia”, como nas grandes cidades –, minha pergunta não tinha a objetividade que eu esperava. As respostas sempre eram: em Cavalcante/ Campos Belos/ Arraias/ Brasília. Eu completava a pergunta: “foi no hospital?” e a resposta era sempre afirmativa entre as mulheres mais jovens. As variações para o parto em ambiente hospitalar eram: partos no carro, a caminho do hospital, na emergência da maternidade – sem dar tempo para a internação – e um ou outro que nasceu no Vão de Almas, por desejo ou porque não foi possível chegar à cidade. Ana, a mãe do bebê, estava voltando para casa seis dias após o parto. A cada parada para a descida dos passageiros, mulheres se aproximavam da caminhonete, vinham até a janela para ver o recém-nascido e perguntavam: “Mas já pariu, Ana?” “É mulher ou homem?”. “Já pariu tem seis dias. Não sabia? É homem!”, respondia Ana. Ao perguntar sobre o seu nascimento, Ana, que parecia ter um pouco mais de vinte anos, me contou que havia nascido em casa, com parteira, mas que já não lembrava o seu nome. O assunto da pesquisa foi recebido com simpatia e todas as mulheres presentes falaram um pouco de suas experiências ou da experiência de alguma mulher, citando a situação das maternidades ou nome de alguma parteira conhecida, além de me situarem sobre uma pesquisadora que havia ido recentemente ao local para entrevistar parteiras. Ao descer do *carro de linha*, chegamos à casa de Nazaro, que é o ponto de acesso mais viável para chegar à casa de Fiota e Calisto *nas águas* (como chamam o período de chuvas). De lá,

ainda teríamos que atravessar o Rio de Almas de canoa e, depois de mais uma caminhada, o Rio Capivara para chegar ao nosso destino. Fiota nos chamou para entrar na casa, que era como um lugar de passagem, um “pouso” para quem vinha da cidade e precisava aguardar os rios baixarem um pouco para ser possível atravessá-los. Sentamos num banco comprido de madeira e todos da casa vinham nos cumprimentar com um aperto de mão e um “bom dia”. Todas as pessoas faziam o mesmo cumprimento, incluindo as crianças, que também pediam a bênção aos mais velhos. E cada vez que uma nova pessoa entrava na casa, repetia-se o mesmo ritual com todas as pessoas recém-chegadas. Na sala, enquanto esperávamos o rio baixar, nos serviram várias rodadas de café, que já vinha adoçado, e assim conversavam muito e falavam rápido. Eu tinha dificuldade de entender do que falavam e em alguns momentos parecia ser outro idioma. Tornava-se mais fácil quando reclamavam do Jonas, da condição das estradas e do prefeito de Cavalcante, que naquele momento eram os assuntos principais.



Venda da Ana: uma das paradas no trajeto

Eu ainda não compreendia a dinâmica dos rios, nem tinha noção de como toda a vida nas comunidades Kalunga depende dos rios e funciona em relação íntima com eles, e assim, custei a entender o motivo de tanta demora. Eu tinha um pouco de pressa de chegar logo à casa de Fiota, comer, descansar e me preparar para “a pesquisa”, para “o trabalho de campo”, mais uma vez sem me dar conta de que já estava em campo, além de estar um pouco preocupada com a expressão triste de Cora. Ela parecia incomodada com a maneira com que as outras crianças

olhavam para ela, parecendo impressionados com as diferenças. Eu pensava que por ela ser uma menina negra, seria vista como mais “parecida” com eles e eu fosse a única “estrangeira”. Mas para as crianças não parecia haver tanta diferença entre mim e ela. Na verdade, eles pareciam bem mais impressionados com ela do que comigo. Em meio desse monte de informações, percebi que ela estava decepcionada e triste, com vontade de chorar. Deitou no meu colo tentando segurar o choro, mas não conseguiu. Estava chorando “abafado”. Propus de irmos do lado de fora. Chovia muito. Ficamos embaixo de uma árvore e ela desabou num choro que me doeu a alma. Dizia que não queria estar ali, que tinha saudade da nossa casa. Por um instante, pensei no erro que tinha sido levá-la, mesmo sendo um desejo dela ir junto, e que isso poderia comprometer o pouco tempo que eu tinha para dedicar ao trabalho. Conversamos e lembrei a ela sobre a importância do trabalho e dos nossos acordos, sem deixar de acolher o que ela sentia e prometer que logo encontraríamos coisas legais para fazer. Ela disse que não queria me atrapalhar ou me fazer desistir, mas que precisava apenas chorar e falar sobre isso. As crianças são seres realmente incríveis e excelentes companheiras. Assim como a Cora, algumas outras tiveram uma importância enorme para o desenvolvimento da pesquisa e para proporcionar a leveza que eu tanto desejava e que me alegrava a cada novo dia de trabalho.

O “pisca-pisca” pendurado na parede da sala de Nazaro me deixou muito curiosa, pois eu sabia que a luz elétrica não havia chegado ali. Perguntei à Fiota como o ligavam e ela riu, explicando que era só um enfeite. A chegada da luz é um grande desejo para a maioria. Apesar do receio dos mais conservadores de que isso possa significar um perigo para as culturas locais, a maioria entende que o acesso à energia elétrica facilitaria muito a vida nas comunidades. As principais reclamações são: a falta de geladeiras para conservar alimentos que poderiam ser comercializados nas cidades; os problemas relacionados à visão, causados pelo uso constante da lamparina a querosene; energia para carregar bateria de aparelhos sem ter que caminhar quilômetros até a placa solar mais próxima, entre outros benefícios desejados. A chegada da luz é promessa antiga, assim como as pontes e melhores estradas (outras reivindicações comuns) e os moradores do Vão se mostram sem esperanças em relação a isso e dizem frequentemente: “esse lugar aqui é esquecido”. No caminho para o Vão de Almas, vi que algumas comunidades mais próximas às estradas foram beneficiadas com energia elétrica, como a Ema, por exemplo, que faz parte do município de Teresina. Ao comentar com Fiota, ela confirmou com ressalva: “Tem lugar que tem, mas Kalunga de verdade não tem luz ainda não!”.

Chegou a hora de seguirmos viagem: um menino veio nos avisar que a canoa havia chegado ao nosso lado da margem. Partimos em caminhada e fizemos a travessia em pequenos grupos. A canoa parecia um pouco avariada e tínhamos a recomendação de ir de cócoras, olhando para frente e distribuídos em pontos específicos para manter o equilíbrio. O rio corria forte e a travessia foi um momento tenso para mim. E para Cora, o contrário: uma aventura divertidíssima.



Travessia do Rio de Almas, na época da “cheia”

5. “Meu nome eu não digo não”: entrevistando a primeira parteira

Ao descermos da canoa, fizemos mais uma caminhada a pé até a próxima casa, que para nossa surpresa, ainda não era a casa de Fiota e Calisto. Mais uma pausa e um convite para entrar. Dessa vez, além do café, ficamos para o almoço: feijão, arroz e carne. A casa tinha muitas mulheres e crianças e Fiota, já sabendo que eu não conseguiria visitar várias parteiras e entrevistá-las, como eu pretendia, tentava me apresentar a todas as mulheres potencialmente interessantes, dando um pontapé inicial para que eu comesse o trabalho. Contava que eu vinha do Rio de Janeiro e tentava explicar mais ou menos o que eu fazia. Eu não entendia bem a ansiedade dela em que eu iniciasse logo as entrevistas, nem o motivo de tantas vezes me perguntar coisas como: *serve quem já pegou três meninos? Serve quem já pegou um só? Serve homem parteiro também?* Eu ainda não tinha ideia da dificuldade que teria em encontrar com

parteiras no Vão de Almas.

Após o almoço, enquanto esperávamos a chegada dos filhos de Fiota com dois cavalos para fazermos o resto do trajeto, conheci a dona Dê⁴², que morava na casa e estava recolhida num quartinho. Fiota me contou que ela já havia sido parteira e agora estava um pouco doente, mas que seria bom eu entrevistá-la. Eu não pensava em fazer nenhuma entrevista ali e nem me sentia preparada. Não tinha elaborado um “roteiro” de perguntas mais ou menos estruturadas, como planejei, e achava que seria melhor deixar para outro momento, mas Fiota não me deixou pensar muito, chamou dona Dê num canto, contou um pouco sobre mim e disse que eu era de confiança e que gostava do trabalho de parteiras. Dona Dê me olhou desconfiada e disse que estava muito doente e que já não era mais parteira. Não demonstrava o menor interesse em conversar comigo e foi murmurando algumas coisas para o lado de fora da casa. Fui atrás dela com meu caderno e sentei ao seu lado, esperando ela fumar seu cachimbo. Ela estava mais interessada na captura que dois homens tentavam fazer de uma vaca fugida, que seria abatida para a festa. A cada nova tentativa que eu fazia, ela interrompia suas falas para narrar o evento que acontecia diante dos nossos olhos. Eu estava bastante constrangida com a situação e me sentindo inconveniente. Ao tentar retomar, perguntei seu nome e ela me respondeu: *meu nome eu não digo não*. Pensei: *caramba, estou fazendo tudo errado!* A ansiedade e a falta de experiência com o trabalho de campo antropológico, além da indefinição sobre estar numa conversa informal ou numa entrevista, em que não esclareci quais eram as minhas intenções, me deixaram pouco à vontade para falar com ela. Diante de um cenário em que temiam ser criminalizadas por atuarem como parteiras, falar sobre partos com uma desconhecida devia ser algo muito desconfortável.

As crianças brincavam na nossa frente e Cora já interagia, brincando junto e emprestando seus gibis e lápis de cor. Perguntei sobre o nascimento dos meninos e meninas que ali estavam e ela me contou que haviam nascido em Cavalcante, com exceção de uma menina, que havia nascido ali porque a mãe estava num festejo quando entrou em trabalho de parto e não deu tempo de ir para a cidade: “Deu a *boca da noite* e quando o dia amanheceu já tinha tido

⁴² Nome fictício. Apesar da entrevistada ter me informado o nome completo, ao fim da entrevista, considerei que o nome foi dado com outra finalidade e, por isso, decidi respeitar seu desejo inicial de não dizer seu nome quando o assunto era parto.

o menino, não deu tempo”.

Em alguns momentos da nossa conversa, dona Dê ficava quase monossilábica, respondendo apenas “uhum”. Principalmente se o assunto fosse o hospital e seus procedimentos, ela dizia: “Não sei não, minha dona”. E quando eu perguntava como foram as experiências dos partos hospitalares de suas filhas e conhecidas, ela sempre respondia que havia sido “tudo bom, graças a Deus” e dizia que não havia diferença entre o parto em casa ou no hospital.

As frases começaram a ganhar mais palavras quando perguntei de seus filhos, seus partos e quem tinha lhe ajudado. Contou que teve filho demais, mas que muitos *botou fora* e hoje só tinha cinco. Todos os partos foram ajudados por sua mãe e sua avó. Ajudavam com remédios caseiros e banhos para aliviar a dor ou *dar dor*. E depois de um tempo, passou a ajudar outras mulheres quando era chamada. Contou ainda que, além dela, as mulheres ali presentes também ajudavam mulheres em seus partos. Logo depois, corrigiu o tempo verbal para não deixar dúvida de que aquela função tinha ficado no passado: “Essas mulheres aí tudo *pegam menino*. Pegavam, agora não *pegam* mais não. Tinham muitas, agora não tem mais nenhuma que *pega* menino aqui mais não”.

Depois de algum tempo em silêncio, decidi que era melhor finalizar a entrevista e, quando eu estava agradecendo, surgiu uma oportunidade de contar sobre o nascimento da minha filha, que havia sido com parteiras e fora do hospital. A partir desse momento, dona Dê me olhou diferente e perguntou: “*Essazinha* aqui?”, apontando para a Cora. Sorriu e logo retomamos a conversa, onde ela assumiu outra postura, mais crítica em relação aos procedimentos hospitalares. Dona Dê me chamou num canto e disse: “vou falar só para você”, e bem baixinho para que ninguém mais pudesse ouvir e eu não pudesse gravar, comentou: “Antigamente as mulheres pariam igual mulheres. Hoje em dia, elas *parem que nem cachorras*”, com tom de indignação. Dona Dê citou intervenções desnecessárias, maus tratos e o sentimento de abandono das mulheres por parte dos profissionais, além da falta de profissionais nos hospitais de Cavalcante. Em seguida, me contou que já tinha *panhado uns meninos*, mas que nem lembrava mais de quase nada, pois já estava muito velha e doente. Falamos sobre as plantas usadas nos remédios e sobre as posições comuns na hora de parir. Foi quando a senhora me sentou em seu colo para mostrar como faziam para ajudar as mulheres, segurando para *dar força* e fazendo movimentos em minha barriga para mostrar como ajudavam

a empurrar o bebê para nascer. Nesse momento, eu só pensava como esse procedimento seria mal visto no meio profissional em que eu estava inserida.

Perguntei sobre orações comumente usadas na hora do parto e a resposta era a mesma: não lembrava. Mais à frente, entendi que falar de orações era bastante delicado e que todas as parteiras e mulheres desconversavam ou diziam não saber. Na entrevista que fiz com Fiota, entendi que para muitas devia ser um segredo bem guardado que não podia ser compartilhado com qualquer um. Contei-lhe que algumas vezes eu já havia usado a oração de Santa Margarida para ajudar a expulsar a placenta e ela pediu que eu fizesse a oração e eu fiz, deste modo: “Minha Santa Margarida, eu não estou prenha nem parida. Tira de mim esta carne morta, de dentro da minha barriga”. Para minha surpresa, dona Dê completou o fim da oração e sorriu feliz por ter lembrado. Aproveitou a ocasião para me pedir que eu arrumasse outras orações para ela. E enfatizava: “tem que ser orações boas”. Perguntei os nomes dos santos e anotei. Dentre eles, as “Nossa Senhoras”: De Aparecida, Do Parto, Dos Remédios, Do Socorro e Da Guia. Prometi entregar quando voltasse. E ela, que começou a conversa sem querer dizer seu nome, dessa vez pediu que eu anotasse seu nome todo. A encomenda foi entregue à Fiota, em minha segunda visita, já que a dona Dê não estava no Vão de Almas, pois aguardava o parto de sua neta, que estava no fim da gravidez, em Cavalcante.

6. Na casa de Fiota, a rotina de uma mulher Kalunga

Na casa de Fiota e Calisto, vivi intensamente meus dias em terras Kalunga. Sem luz elétrica, sinal de telefone e internet, os dias pareciam bem mais longos e nossa rotina começava bem cedo. Por volta das seis da manhã, eu ouvia os primeiros sons de Fiota trabalhando na cozinha, que fica do lado de fora da casa. Ela não me acordava e dizia que eu e Cora podíamos dormir sem preocupação.

Fiota e Calisto costumavam receber muitos visitantes em casa e eram uma referência no Vão de Almas por sua hospitalidade e acolhimento. Assim, entendiam que as pessoas “de fora” tinham hábitos diferentes e costumavam oferecer atenção diferenciada aos visitantes. Fiota se preocupava em não adoçar o café para os visitantes que tomavam café sem açúcar ou fazer opções de refeições sem carne, para os vegetarianos, que vez em quando apareciam, além de

estar sempre disposta a mostrar sua rotina de trabalho para ser filmada, sem o menor constrangimento diante das câmeras. Calisto e Fiota são muito articulados com o meio urbano e tem ótimas relações com o povo de Cavalcante, onde Fiota vende o que produz e Calisto faz “bicos” diversos, além de trabalhar como guia turístico na comunidade Kalunga do Engenho II, que abriga a cachoeira de Santa Bárbara – um dos principais pontos turísticos de Cavalcante.

Três filhos, dos sete que tiveram, ainda moravam com o casal e estudavam nas escolas locais: Carlinhos, Antônio Carlos, e Ademilson, com 16, 10 e 8 anos, respectivamente. No período em que não estavam na escola, ajudavam na roça, na fabricação dos produtos e nas diversas tarefas diárias, algumas vezes com uma certa preguiça ou a contragosto, situação que logo era resolvida pelas ordens de Fiota. Os outros quatro filhos moravam em municípios próximos desde que saíram para iniciar o Ensino Médio e trabalhar.

Eu acordava logo após Fiota levantar e ia ajudá-la nas tarefas. Quando chegava na cozinha, por volta das sete horas, Fiota já tinha ido no rio levar a louça do jantar para ser lavada por um dos seus filhos e trazia galões de água para bebermos e preparar as refeições, pois a bomba – movida à bateria – que trazia água do rio até uma caixa d’água que ficava próxima da cozinha, tinha quebrado e Calisto havia ficado em Cavalcante tentando consertá-la. Dentre as tarefas rotineiras de Fiota, além da limpeza, organização da casa e preparo de alimentos, incluíam-se: ir à roça para tirar mandioca e *relar* para fazer farinha e goma de tapioca; a minuciosa extração do óleo de coco de pindoba; a colheita do algodão para vender e fazer linha; a colheita e todo o manuseio do gergelim; a feitura de xaropes e compotas de doces, dentre muitas outras coisas! Era impossível acompanhar o seu ritmo ou fazer as coisas com a perfeição e destreza que ela fazia. Como era muito articulada e atenta às novidades, aproveitava cada visitante que passava pela sua casa para aprender coisas novas e absorvia as dicas de como valorizar seus produtos, passando a produzir, por exemplo, *gersal* e *paçoca de gergelim* (feita com açúcar mascavo, comprado na cidade) para vender em Alto Paraíso e São Jorge, explicando que seus produtos eram *sem veneno, orgânicos*.

Além de tudo, Fiota era sempre atenta às nossas questões e necessidades. Se alguém de nós se mostrava resfriado, fazia xarope. E já acordávamos com uma bacia de chá morno de capim limão para *lavar os olhos* ou com um tipo de comida que gostávamos mais. No café da manhã, ela fazia *mentirinha*, uma espécie de bolinho de tapioca, que se assemelhava ao que eu conhecia por *bolinho de chuva*.

Na segunda viagem, dessa vez sem a minha filha, senti a liberdade de não ter a rotina de uma criança para me preocupar e assim pude me integrar mais à rotina de trabalho da casa. E dessa vez, ganhei dois novos companheiros de viagem, o Edu e a Juliana, que conheci em Alto Paraíso, um dia antes da minha viagem para Cavalcante. Eles trabalhavam em dupla em um projeto autônomo chamado *Raízes das Imagens* e viajavam pelo Brasil numa Kombi, visitando comunidades tradicionais, com o intuito de realizar trocas de sementes crioulas de uma comunidade para outra, e faziam o registro audiovisual das feiras de trocas e de depoimentos para a produção de um documentário. A dupla se interessou muito em me acompanhar na viagem para conhecerem o Vão de Almas e, assim, combinamos nossa ida para Cavalcante no dia seguinte. Seguimos viagem na Kombi e ambos se interessaram muito pela minha pesquisa e meu trabalho como *doula*. Foi um encontro muito propício e produtivo, pois, além da produção de fotos e vídeos que realizamos juntos, nos tornamos boas companhias para dividir as dificuldades, trabalhos e prazeres da viagem, além de caminharmos juntos por algumas horas para carregar as baterias da câmera na placa de energia solar da escola, fazer uma ligação ou para visitar alguma vizinha e realizar uma entrevista. Isso tudo sem deixarmos de ir ao rio *banhar* e brincar com os meninos. Tivemos dias incríveis na companhia de Fiota e seus filhos. Foram dias prazerosos e divertidos para todos, incluindo os nossos anfitriões que, assim como nós, sentiram tristeza quando a nossa estadia foi chegando ao fim.



Fiota, voltando do rio com a louça lavada



Meninas lavando louça no rio Capivara

7. Os relatos de Fiota: introdução ao *partejar* partos no Vão de Almas

Nas duas idas a campo, realizei entrevistas com Fiota, que estava com 40 anos e teve os seus quatro primeiros filhos com a sua avó, a parteira Maria Faria. O local do parto foi a casa de sua mãe. Fiota contou que era muito comum ir para a casa da mãe no final da gestação ou quando sentisse que o parto se aproximava. Assim, poderia ter mais ajuda quando entrasse em trabalho de parto, sem se preocupar com a distância para ir buscar a parteira. Relatou que todos os seus partos foram bons e que geralmente as mulheres pariam na cama ou sentadas num *cepo*, que era uma espécie de assento feito de madeira: "Um cepo é uma tora de pau. Coloca um forro, assim, um pano, para não estragar o bumbum da mulher, né? Mamãe tem um *cepão* até hoje, de jatobá".

Enfatizando os saberes e domínios do ofício de *partejar*, sobretudo por parteiras experientes, Fiota contava sobre a resolução de casos mais difíceis, como um parto *de ropeio* (em que o bebê está sentado) ou para ajudar na saída da placenta que demorava, por exemplo. E havia casos em que a parteira não conseguia resolver sozinha e pedia ajuda a outra parteira: "A comadre Amância mesmo, já pegou uma bem... ela já passou uns apuros. 'Oh, manda ir atrás de fulano, não dou conta, não'. Pede ajuda".

Quando perguntei sobre as orações que a sua avó fazia, Fiota contou que tinha, mas que não lembrava: "Eu não estou sabendo aqui agora. Porque ali eu estava com dor, aí eu não

passava saber, que ali com a dor, né? Não passava saber, escutar. Mas ali tinha uma oração que eu escutava". E um pouco depois, lembrou que uma santa muito evocada na hora do parto era Joana D'arc. Em seguida, falamos sobre os banhos e remédios feitos por sua mãe, avó e outras mulheres. Fiota gostava muito de falar sobre isso. Em algumas ocasiões, contou que tem determinados saberes que não devem ser passados para qualquer um e que tem coisas que ela guarda. Mas em geral, falava muito sobre os remédios e banhos, citando os ingredientes e receitas:

Pois é, Gisele. Quando nós estávamos com dor, dava a dor, usava o remédio daqui. Eu mesma tomei, que minha avó me deu. Quando a mulher estava com pouca força, batia o ovo, colocava canela, colocava um salzinho, pouquinho. E batia no bucho. Com poucas horas a mulher esquentava. A canela ajuda. E com ovo, né, que a mulher está fraca. Aí ajuda. Outra coisa. Faz um chá de um cravo. Machuca um alho com um cravo bem forte, com uma pimenta do reino bem forte e dá à mulher. Chazinho, sem sal. Andu também, que é bom para friagem. Porque nós grávidas não podemos ter friagem, né? Aí fica todo dia, todo dia, todo dia, é aquela *dorzada*. E aí fazia o banho. O banho era de andu e carrapicho, que isso aí é o bom para esquentar. Só isso andu e carrapicho. Fazia o banho e jogava na mulher e, com pouquinho, estava de dor. E logo nascia.

Eu quis saber sobre a quantidade de pessoas que ajudava no parto e suas funções e Fiota contou que sempre tinha mais gente para ajudar no parto, podendo ser três ou quatro pessoas, para fazer banhos e remédios, ajudar a "dar força" e não deixar a mulher esmorecer:

Vamos lá, anda ligeiro, seu filho está para nascer. Anda ligeiro, não geme, não. Não grita, não. Aí ia colocando força na gente, e a gente... é o mesmo que acontece com essas mais novas. Eu também já assisti as mulheres parindo. Tem minha comadre, a Diranir ali, também assisti, Calisto assistiu. 'Põe força, comadre. Põe força, minha comadre, põe força', é assim. Fica todo mundo apoiando, para não desistir, porque todo mundo ficava com aquele desespero, né? Não pode. Senão, esmorece a pessoa, né?

A presença de homens no parto parece não ser um tabu entre as Kalunga. Assim como no relato acima, em que Fiota cita a presença de seu marido, Calisto, ajudando no parto de sua comadre, em outras entrevistas a presença de homens foi citada algumas vezes, incluindo relatos sobre parteiros. Nos relatos de Diranir e da parteira dona Eva, ambas relatam que tinham

pais parteiros. No caso de dona Eva, foi dele que ela herdou o ofício. Na minha primeira viagem, tive a oportunidade de entrevistar um parteiro, o Sebastião, que estava na casa de Diranir para a festa de Santa Luzia. Mais tarde, conversando com Calisto, perguntei o nome do pai de Diranir, pois tinha esquecido de anotar e achava importante ter o registro, já que ela era parteiro. Ao que Calisto me respondeu: "Ambrósio? Ele não era parteiro, coisa nenhuma!". Aos poucos, fui entendendo que a categoria de parteira (ou parteiro) podia variar e ter diferentes concepções, como abordarei mais à frente.

Nas entrevistas com Fiota, foi quando ouvi pela primeira vez a categoria *parteira fina*, para classificar uma parteira como boa e experiente. Em comparação, ela falava das *parteiras novas* com desconfiança e certo repúdio, dizendo que "não sabiam das coisas" e que por isso era melhor ter filho no hospital, já que as parteiras mais experientes tinham morrido ou já estavam velhas e sem condições de atender partos. Claramente havia classificações hierárquicas sobre a qualidade do atendimento e experiência das parteiras entre elas. Nas entrevistas e conversas informais, ouvi também algumas categorias como: *ajudadeira*, para as mulheres que não são parteiras, mas ajudam na hora do parto, dando força ou cuidando dos afazeres, banhos e remédios, e *pegadeira*, que parecia uma variação para parteira ou para mulheres que *pegavam meninos* na ausência de parteiras.

As classificações que encontrei em quase todos os textos que li antes do trabalho de campo, não ouvi por parte de nenhuma das entrevistadas. O trecho em destaque é reproduzido na maioria dos trabalhos que abordam o parto Kalunga:

Elas dividem funções e pelo menos quatro mulheres assistem o parto: a do buraco, a do suspiro, a da banda e a do consolo. A parteira "do buraco" é a principal delas, a encarregada de pegar o bebê e a única a ver a genitália feminina. Atrás da mãe fica "a do suspiro", segurando a mulher pelas costas, fazendo massagens ou ajudando a fazer força. "A da banda" ocupa-se dos materiais necessários. Entre o quarto e a cozinha, esquentam a água, fazem chás, mandam chamar outra parteira se necessário. Por fim, "a do consolo", que busca acalmar a futura mãe. Ela faz a mulher beber chás e dá banhos. (MACCA et al., 2001).

Algumas mulheres e parteiras entrevistadas afirmaram que, em geral, havia mais pessoas, além da parteira durante o trabalho de parto, algumas vezes sendo mencionada a presença de três ou mais pessoas, com funções bem parecidas com as citadas no texto, mas

aparentemente não fixadas. Entretanto, era notável que a quantidade de ajudantes dependia da disponibilidade de pessoas próximas e, em muitos casos, as parteiras atendiam sozinhas. Com as grandes distâncias entre as casas do território, a maioria das parteiras foi iniciada no ofício “sem querer”, em chamados de emergência e por estarem mais próximas das parturientes, que não tinham mais ninguém que pudesse prestar assistência.

Fiota encara a mudança em relação ao atendimento do pré-natal como positiva e benéfica tanto para a saúde da mulher quanto da criança e acredita que as parteiras estão certas em não quererem atender mais partos na comunidade, pois considera que elas carregam uma grande responsabilidade e correm riscos diversos, além de não terem reconhecimento do trabalho.

Nas gestações dos quatro primeiros filhos, tendo o mais velho 25 anos, Fiota não realizou pré-natal. As parteiras davam orientações, caso fosse preciso, mas não havia nenhum acompanhamento regular para as gestantes: “Não tinha esse pré-natal. Esses 4 filhos que eu tive aqui na *onda rural*, não teve nada de pré-natal. Foi aí, *livre*. Quando eu engravidei, sempre tinha um *entojinho*, tombava no chão. Um *entojo*, né, aquele enjoio. Era a barriga crescendo, não tinha nada. Era *livre*”.

Ela atribui aos exames e “injeções”, a redução de casos de crianças com deficiências e acredita que a deficiência de um de seus seis netos é devida à ausência de pré-natal. Fiota conta que sua nora não quis realizar o pré-natal em nenhuma de suas três gestações e que preferia não ir para o hospital na hora do parto:

Por causa de quê o meu netinho saiu assim? Porque minha nora, ela é boa pessoa, ela cuida de minha casa, quando ela fica em casa. Cuida de meu filho, não é mulher de você chegar, ela jogar você fora. Ela é da mesma *concorrência* que eu. Chamo as pessoas para cá, ela também chama. Tem intimidade com as pessoas. Mas ela é um pouco parada. Através de quê? Através da família dela. Que é uma família lá do Coco. Agora, antigamente era tudo velho, tudo bem, né? Essa lei velha acabou. Engravida, não vai na cidade tomar injeção, não faz pré-natal, não faz nada. Ela não se cuidou. E eu creio, eu sinto, por essa situação, que ela não tomou injeção, não fez um pré-natal, então desses 3 netos meus, ela não tomou nenhuma. Não fez pré-natal de nenhum. Ela ganhou esse netinho meu direto aqui dentro de casa. Não tem aquela casinha ali em cima, onde nós passamos? Mas direto aqui em casa. Ela ia para a cidade, disse que fazia

pré-natal. Qual é? Chegava lá e dizia que não tinha. Aí nada, com pouco, meu netinho saiu desse jeito.

Os três filhos mais novos nasceram no hospital de Cavalcante. Ao perguntar o motivo de ter tido os últimos filhos no hospital, Fiota contou que na gestação de Carlinhos, já havia uma orientação para a realização do pré-natal no posto de saúde da cidade e que o local do parto fosse o hospital e não mais em casa, com parteiras. E enfatiza que hoje, com 40 anos e ainda em idade fértil, se engravidasse novamente, teria seu filho no hospital, pois gosta de fazer as coisas "direito". Para Fiota, a mudança nos hábitos alimentares e o uso de agrotóxicos nos alimentos são fatores que contribuem para gestações menos saudáveis e com mais riscos e, por isso, com maior necessidade de acompanhamento médico e hospitalar:

Agora é o seguinte, hoje aquela época antiga acabou. Agora nós estamos em outra, nós temos que correr atrás. Agora para adiante, dessa lei que está vindo agora, tem que correr atrás do remédio, do medicamento. Porque antigamente não tinha esse problema de doença. Você comia comida saudável. E hoje só come envenenado. Hoje só está comendo doença. Só está comendo 'trem' infectado, de doença, contaminado.

Em entrevistas com parteiras e mulheres mais velhas, o mesmo assunto surgiu: a relação entre as mudanças no perfil das gestantes atuais e com a necessidade de atendimento médico e hospitalar. Diranir e a parteira dona Eva mencionaram uma espécie de “técnica corporal” que, ao deixar de ser utilizada pelas mulheres mais jovens, ocasionou o maior crescimento dos bebês e, como consequência, partos mais longos e mais difíceis. Ambas explicaram que as mulheres tinham que usar uma saia com uma corda que ia sendo apertada à medida que a barriga crescia e isso ajudava a conter o crescimento do bebê, proporcionando partos mais rápidos. Num dos vídeos que produzimos durante a entrevista com a Dona Eva, ela me mostrou o tipo de linha que utilizavam para apertar as saias, mostrando-me como era feito o procedimento.

Ao relatar as experiências dos partos hospitalares, Fiota avaliou todas como boas experiências e dizia não sentir diferença em relação aos partos domiciliares. Ao longo da nossa conversa, aproveitei o conhecimento que eu tinha em relação às práticas hospitalares para "provocar" que Fiota falasse um pouco mais se tinha passado por determinadas intervenções, como avaliava e se percebia diferenças em relação aos partos em casa. Fiota citou algumas intervenções e desvantagens do parto hospitalar, como o uso de manobra para empurrar o bebê, ainda dentro da barriga. Contou que nos partos em casa, algumas vezes também era feita e, para

isso, chamavam um homem mais *forçudo*. Contudo, no hospital, o procedimento era mais doloroso:

Lá no hospital, eles pegavam aqui. Eles não têm dó, não. E nós aqui, uma com a outra, pega aqui, assim. "Vamos lá, vamos ver". Não *encarca* muito assim, não. Já lá, no hospital que eu ganhei Carlos Antônio, a mulher pegou aqui e *encarcou*. Eu estou sentindo o menino endurecendo, ficando duro, assim e disse "ai, ai, ai, não faz isso na minha barriga, não, parece que está quebrando". E eu mesma *pus força*, até sair".

Em seus três partos hospitalares, Fiota conta que aguardou o máximo de tempo que pôde, em casa, para não ficar sofrendo no hospital e que assim ensina para as suas filhas e noras. A mesma tática é usada tanto por outras mulheres Kalunga, quanto pelas mulheres nos centros urbanos, no intuito de aumentarem as chances de ter um parto normal ou de ter um parto com menos intervenções, para que seja menos doloroso e sem traumas.

No último parto de Fiota, ela contou que seu filho, Ademilson, quase nasceu *no asfalto*. Esperou em casa o tempo que pôde e chegou ao hospital em estágio tão avançado que não deu tempo de fazer a internação. Pariu no espaço em que é realizada a avaliação para triagem e admissão das parturientes. Em seu relato, abaixo, podemos perceber que ela tenta esconder a dor das contrações até mesmo de sua madrinha, que a abrigava em sua casa, em Cavalcante, para ninguém quisesse levá-la cedo para o hospital:

Eu estava na casa da minha madrinha, chama Maria. Eu fui para lá, Calisto me levou. Ele tinha arranjado um serviço lá, mais um rapaz, para trabalhar enquanto eu estava lá esses dois dias, para ganhar... Lá na minha madrinha eu falei "madrinha, eu vou acolá no açougue". Ela disse: "você não está com dor, não, minha filha?" Falei "não senhora, madrinha, estou com dor não. Quando eu estiver com dor, a senhora não aguenta a minha cara, de ruim". A madrinha disse "duvido que você vai falar." Eu falei "eu falo". "Eu vou com você", "Precisa não, madrinha", "Eu vou". Ela teimou e foi mais eu. Chegou lá no açougue, falei "minha madrinha, você sabe de uma, agora, eu lembrei: vou lá no hospital", "Vou mais você, você está com dor". Falei: "não, estou com dor, não". E aí eu comprei a carne, dei a ela para segurar e nós fomos. Chegou, eu falei paro o doutor: "hoje amanheci com um peso aqui. Amanheci com uma dorzada". Mas eu não falei para a minha madrinha que eu estava com dorzada. Ele disse: "espera aí, nós vamos fazer um toque". Ele falou "a senhora está perto para ganhar, mas vai ganhar lá para depois de amanhã". Eu falei "será, doutor?". Ele disse "É, sim". Virei para trás e disse:

"Vamos embora, minha madrinha". "Que tal, minha filha?", ela perguntou e eu disse que eu fui fazer uma experiência, para saber se já estava perto e ele disse que é depois de amanhã. E falei para ela assim: "Minha madrinha, eu acho que esse doutor está comendo história, porque minha previsão, minha madrinha, é hoje. Chegou lá, ela foi cortar uma abóbora e eu pedi a carne para cortar. Estou cortando, num cepo da largura desse pilão. Sentada aí. Daqui um pouco, minha mãe chegou e falou: "Minha filha, trouxe um remédio, aqui, para fazer para você, que você falou para mim ontem, que estava com uma dorzada". Falei: "Estou, mãe, com uma dorzada". E aí, Gisele, mamãe foi e colocou o remédio no fogo. E veio uma senhora que chama Martinha. Eu sentada bem aqui, assim. Ela veio e falou assim: "Toma vergonha, eu vim cá foi beber uma pinga, estou pensando que você já tinha bebido, sem vergonha." Falei: "É não, tia Martinha, estou querendo, tia Martinha, para andar ligeiro, rápido", "Anda ligeiro! Fica aí, que só enrola. De hoje para amanhã eu quero beber o vinho". Porque sempre quando as pessoas gostam de uma bebidinha, quando a gente põe no remédio a pessoa bebe de alegria, né? Quando ela foi virando, assim, minha madrinha que estava dentro do banheiro, ouviu "crau" da dor aqui assim. Eu só fiz afogar aqui, assim e disse "Minha madrinha, vem ver como é que eu estou aqui, minha madrinha. Estou com dor." Ela falou assim: "Vixe, minha filha.." já veio enrolada da toalha, lá, nem acabou de banhar direito. Vestiu a roupa, já ligou para uma mulher. Calisto não estava. Já ligou para uma mulher e falou com a minha mãe: "Comadre Benedita, cuida aqui". Gisele, o cepo, o chão, não sei como é que ficou. Já foi enrolando eu aqui, na toalha, e eu com a dor, com a dor... E aí, com pouco chegou uma mulher que ia passando. Ligou lá no hospital (para chamar a ambulância) e disseram: "ah, não tem carro." Aí minha madrinha: "Oh, chega aqui, tem uma mulher aqui com dor", pegou eu aqui, botou dentro do carro e levou. Chegou lá nem foi para a mesa de parto. Na frente do hospital, tem uma cama. Levou eu lá. E essa senhora, Odete, foi chegando, que já estava lá, né? Falei: "Oh, minha madrinha, espera aí, minha madrinha, para eu acabar de nascer ele, aqui. Espera aí, minha madrinha, deixa eu segurar aqui na senhora." Segurei aqui e nasceu o menino. No meu dia, mesmo, que eu falei. O doutor falou que era depois de amanhã. Falei: "Ah, ele estava com a previsão muito alta" (Depoimento de Fiota, em 08 de dezembro de 2014)

Fiota mencionou a presença de sua mãe, que foi fazer um remédio, que levava "pinga" para acelerar as dores e de uma tia, que reclamou a demora em parir, pois queria "beber o vinho" para comemorar o nascimento. Outra mulher mencionada no relato é a enfermeira Odete que,

segundo Fiota, é uma enfermeira muito conhecida e admirada entre os Kalunga, pois durante muito tempo abrigava mulheres Kalunga em sua casa, em Cavalcante, para que elas pudessem aguardar o dia do parto: "Odete é *enfermeira verdadeira*. Muito experiente, ela não machuca ninguém. Ela é boa enfermeira, ela ajuda a gente demais. Diz que ela tem mais de 20 anos *de enfermeira*." Na maioria dos relatos, a satisfação com o atendimento das enfermeiras era bem melhor quando comparada à assistência médica. Em geral, as mulheres atribuem às enfermeiras a contribuição para uma experiência mais positiva de parto, com percepções de "cuidado" e "carinho". Em relação aos médicos, muitas mulheres relatam desconfiança e alegam que os "doutores" costumam errar em seus diagnósticos.

8. Os relatos de parto de Laura, em Cavalcante

Na casa de Diranir, em dezembro de 2014, enquanto eu acompanhava os preparativos para o *festejo* de Santa Luzia, conheci Laura, recém-parida de seu terceiro filho. Ela estava dando banho no menino, agachada no chão, com uma bacia de água e usando xampu, condicionador e sabonete de uma marca brasileira famosa de cosméticos (vendidos por catálogos impressos). Eu me impressionava com a habilidade de Laura para dar banho no bebê e as "técnicas" que usava. O bebê, mesmo muito manipulado, não chorou em nenhum momento e parecia se sentir seguro. Bem diferente dos banhos que sempre presenciei com os recém-nascidos no Rio de Janeiro: a hora do banho do recém-nascido era sempre um momento tenso e de muito choro!

Laura me contou suas experiências de partos hospitalares, começando pelo primeiro parto:

O meu primeiro está com seis anos. Eu ganhei em Cavalcante. Esse daí eu fiquei sete dias com dor dele. Eu estava no Engenho II. Fiz uns banhos lá, mas não funcionou nada não. Completando os oito dias, eu ganhei ele. Quando a dor atacou assim mesmo, foi rápido. Eu fui cedo para o hospital. Passei o dia lá. Aí quando a dor atacou, a dor apertou na base de umas nove horas. Quando foi dez horas, já tinha ganhado ele. Minha mãe estava fazendo companhia mais eu. Tinha vezes que deixava andar no corredorzinho de lá mesmo. Mas para sair do quartinho, não deixava não. Deitada era horrível. Aí quando levantava, a dor parece que

apertava, tornava a deitar. Dói mais, aí levantava. Uma dorzinha que ninguém sabe nem contar direito. Eu ia no chuveiro, mas quando a gente estava vendo que a dor estava apertando, mesmo, a vontade era só para ir no chuveiro, mas ninguém fazia nada. Ninguém ajudava. Assim era ruim demais. Aí quando deu vontade de fazer força mesmo, a dor apertou. Aí o doutor deu o toque e falou o tanto que faltava tempo para o menino nascer. Aí daqui a pouco ele: "Não, pode levar ela para a sala de parto". Quando eu fui para a sala de parto, também, foi rápido. Não deu demora. Eu deitei, também tive ajuda das enfermeiras, fazem massagem na gente. A gente fica deitada. Deitada assim mesmo, com as pernas em cima e a cabeça baixa. Deitada você não tem como fazer direito na hora da força. Não tem nada nas pernas. Ah, antes ficar logo sentada, igual esse daí meu, que eu ganhei [no carro]. Quando chega o menininho, que põe na frente da gente, a gente diz: "Oh, graças a Deus!".

No último parto, seu filho nasceu no carro, a caminho para o hospital de Campos Belos. Após internação, em trabalho de parto, no hospital de Cavalcante, Laura foi avaliada pelo médico-obstetra de plantão e este, ao fazer diversos exames de toque vaginais, afirmava que o seu bebê estaria "sentado" e que assim seria necessário o encaminhamento para o hospital de Campos Belos, já que em Cavalcante não era possível fazer cesariana:

Quando a dor apertou, o doutor falou para mim que o menino estava sentado. Diz que deu toque, examinou minha barriga e disse que o menino estava sentado e que eu ia para Campos Belos fazer cesariana, que o menino estava sentado. Aí eu fiquei meio estressada. Falei: "O menino está sentado?". Eu comecei a chorar porque os outros eu tinha ganhado tudo normal, para esse ser cesariana. Aí eu danei a chorar. Chorei mesmo, não vou mentir. Aí o doutor tornou a dar o toque: "Está sentado". Aí falei: "Esse trem não está certo". Eu sentindo que o menino estava para nascer. Tornava o doutor vir, e dava toque: "Está sentado, mãezinha. Estou pegando na espinha dele." E veio uma enfermeirinha, boazinha, deu toque falou: "Mãezinha, esse menino seu não está sentado". O doutor já tinha saído para lá. Eu disse: "Está sim". "Não está não. Cala a boca, mãezinha, não fala nada não". Eu também nem falei. Aí eu também acalmei de chorar, porque ela disse que o menino não estava sentado. Com pouco, o doutor tornou a vir. "E aí, mãezinha?" Eu falei: "Doutor, e a dor está apertando", "Deixa eu ver", e tornou a tocar. "Ah, não, mãezinha, o menino está sentado". Eu disse: "Doutor, o menino está nascendo", "Não está, o menino está sentado". Nisso, eu ia lá para Campos Belos às sete horas da manhã. Quando ele viu que a dor estava apertando, mesmo, acho que ele ficou com medo de acontecer alguma

coisa. "Não, mãezinha, a senhora vai para Campos Belos agora mesmo". Falei: "Mesmo?". "Mesmo". Chegou na estrada, a dor apertou, apertou e a enfermeira: "Mãezinha, a senhora vai ganhar menino na estrada". "Será? Vou?". "Vai". Quando chegou em Teresina, ela deu toque e disse "Mãezinha, o menino já está nascendo". Foi no banco do carro. Nem deitada e nem sentada. Porque em banco de carro você nem sabe se senta, nem deita. Foi até melhor. Porque eu achei que esse eu pude colocar mesmo os pés, para ter força, também. E no deitado, você não tinha sustância nem nas pernas. E nesse do carro eu melhor, porque eu pus os pés na porta do carro e ajudou com a força. Nesse outro, deitado, você não ganha força de nada. A força que a gente tem é só nas pernas. Aí colocaram o menino em mim, porque não tinha berço onde colocar. Quando chegou lá, o miserável do doutor: "É, mãezinha, ganhou menino, né?". Falei: "Você não disse que o menino estava sentado?". "No que eu olhei, estava sentado". Falei: "Oh, cara seca!". A enfermeira, que não era mais estudada que ele, falou: "Não, mãezinha, o menino não está sentado, não. O menino está normal." Estava pegando na cabeça do menino e disse que pegava nas cadeiras do menino. Fiquei com medo porque cesariana, quem faz é arriscado de escapar. Aí depois a enfermeira estava falando: "Não, mãezinha, o doutor está é caducando". Falei: "Está caducando? Então tira essa porqueira daí". Falei: "Se não tiver outro doutor ali, vai matar um bocado de mulher". Vai matar, Gisele, porque do jeito que ele está fazendo, vai matar um bocado de mulher. Mata mulher e ainda mata o menino, ainda, na barriga, porque não está sabendo fazer.

Laura acredita que deu sorte nesse último atendimento, porque decidiu não ir cedo para o hospital, esperando a dor *apertar*, em casa, e disfarçando a dor para um familiar que, preocupado, queria levá-la logo ao hospital:

Eu que ainda tive uma sorte, deu dor dez horas de manhã. Eu não queria ir para o hospital cedo. Estava sentindo uma dorzinha assim na barriga. Eu estava mais comadre Maria, dentro do carro, mais Dalsinho e Pretinho e tia Joana. Falei assim: "Hum, estou com uma dor na barriga, comadre". Então Dalsinho ouviu e já queria me levar para o hospital. Falei: "Não. Não é dor, não. Não vou para o hospital agora, não". Almocei, fiz tudo lá em casa. Fiz almoço. Quando foi dez horas da noite, parece que a dor apertou mais. Falei: "Parece que agora dá de eu ir para o hospital". Então veio. Jantei de novo. Chegar lá, eles não dão comer para a gente. Eu comi logo em casa para poder chegar lá e a barriga já estava mais... Ah, comi! Ainda fiquei lá quase umas quatro horas, a dor nem apertava nem largava. Só naquela dorzinha, mesmo. Na

hora que foi para ganhar, lá para uma hora da noite. Se eu tivesse ido às dez horas da manhã, ia ficar lá passando fome.

Entre as reclamações sobre o atendimento no hospital, Laura cita a falta de bons profissionais; o médico "caduco" que não tem mais condições de atender; a falta de estrutura do hospital de Cavalcante; a proibição do *criador* (mãe/acompanhante) no momento do parto, em que ficam sozinhas; a posição de parir, deitada com a cabeça "arriada", o excesso de exames de toques vaginais e a proibição da ingestão de alimentos durante o trabalho de parto. Além de contar que, atualmente, nem partos normais estão atendendo no hospital de Cavalcante: "Nesse hospital, diz que agora não faz mais parto. Nem de um jeito, nem de outro não faz. Se a mulher chegou com dor, só fica lá mesmo. A hora que a dor estiver apertando, aí manda para Brasília ou para Campos Belos. Sabendo que aí não está bom, por que não manda direto para lá?



Laura, com seus 3 filhos

Fiota participou o tempo todo da entrevista, fazendo intervenções e complementando as falas de Laura. Quando Laura reclamou da proibição dos *criadores*, que só acompanham durante o *pré-parto* e na hora de irem para a *sala de parto*, *fecham a porta*: "Na hora que a gente mais precisa dos criadores da gente, não entra. Dos dois meninos que eu já tive aí, minha mãe nunca viu nenhuma vez eu *ganhando*". Fiota interveio, dizendo o que as mulheres podem pensar nessa hora: "O que está acontecendo? Será que estão fechando a porta para a minha mãe

não me ver morrendo?". E completou: "Eu acredito, Laura, que isso está muito *imoralizado*. Porque, para fora daqui, os doutores gostam de os *criadores* estarem, não é, Gisele? "

Expliquei sobre a Lei do Acompanhante, que a Lei existe e vale para todo o Brasil, mas a maioria dos hospitais não respeita. E que, no Rio de Janeiro, os hospitais também desrespeitavam e muitos *doutores* não gostavam da presença do *criador*, não. Para espanto dela e de Laura, que imaginavam um cenário bem diferente na "cidade maravilhosa".

9. Os relatos de Diranir

Meus partos foram todos normais. Tudo rapidão. Eu tinha dor na base de seis horas e quando foi seis e meia já tinha ganhado menino. A maioria eu ganhei tudo sozinha. Nessa época não tinha nada de pré-natal não. A gente ia sentindo, ia saber as bases. Quando a gente amanhecia com o corpo bem forte, podia saber que já estava pertinho das dores. Eu mesma vim da Capela, do festejo, e quando foi seis horas eu voltei, lavei roupa, e quando foi seis e meia eu senti uma dorzinha no pé da barriga. Aí, eu mandei um menino meu, o Leandro, atrás de minha mãe. Quando minha mãe chegou, eu já tinha ganhado. E ela veio a cavalo, não veio andando não. E mesmo assim não deu tempo!

[Pergunto quem pegou o menino].

Não teve ninguém que pegasse, foi a cama mesmo que pegou! (Risos de todas nós). Aí, minha mãe chegou, pegou os panos para enrolar o menino, me deu ele no colo e foi botar o garfo no fogo para queimar o umbigo. Aí, corta, amarra com um cordãozinho e depois vai queimar. Aí depois que queimou, bota um azeitinho, continuando três ou quatro vezes por dia. A placenta sai depois. Eu não senti nenhuma dor depois, mais nada. A placenta é enterrada. O importante de enterrar é... tem que saber o tipo de enterrar, porque é sobre a vivência da criança. Tem que enterrar mais pro lado do nascente, porque é para a vida da criança, né? Por modo que é mais aturativo. Uma parteira é igual uma professora. Ela tem uma boa estrutura, né?

Diranir é mãe de oito filhos, todos nascidos em casa e conta que se recusou a ir para o hospital, mesmo com os filhos mais novos. Perguntei o motivo de não ter ido para o hospital, no caso de sua mais nova, Jéssica (que tinha em torno de sete anos) e ela respondeu, rindo, um pouco envergonhada:

Porque eu não gostava de hospital. Hospital é bom, mas pessoa que tem o coração mole não serve para ficar no hospital não. Você vê muitas pessoas sofrendo, outras gritando socorro. Você vai ficando meio contrariada, né? Ai a gente reza, pega com Deus, pra modo de socorrer as pessoas, com saúde.

Em nossa conversa, falamos sobre o trabalho das parteiras e ela me fala sobre parteiras locais e os motivos de não atenderem mais os partos. Contou que o pai de seu marido era parteiro e que o parteiro Sebastião ajudou em alguns de seus partos. Para ela, para ser parteira/o, a pessoa precisa ser *sincera* e ter coragem:

Uma parteira é igual uma professora. Ela tem uma boa estrutura né? Eu não fui parteira, mas minha mãe, Amância, pegou sempre. Acho que ela pegou uns cento e poucos meninos. Hoje em dia ela não tá pegando mais não, porque está tendo muito problema. As mulheres antigamente, quando elas estavam *ingestantes*, elas usavam um negócio de acochar bem a saia pra barriga descer, né? Pra não criar o menino em pé, né? Normal. Porque por isso que acontecia de nascer rapidão. Porque o menino já estava embaixo, no lugar que a saia apertava. Mas hoje tem que criar com a roupa de bucho, solta, a barriga solta. Ai demora mais. Por isso que as parteiras hoje não querem pegar mais. Porque essas novatinhas hoje só usam calça apertada, no pé da barriga. Antigamente a gente não podia usar calça não, só saia.



Diranir, sendo entrevistada por mim e filmada por Juliana

10. Para ser parteira, tem que ter coragem

Como relatei anteriormente, minha conversa com a dona Amância foi curta, pois eu não quis atrapalhar a festa que ela oferecia para Santa Luzia, em 2014. No período em que retornei a campo, em 2015, ela não estava presente no local. Atualmente ela mora mais perto da Ema (comunidade Kalunga) e vai para o Vão de Almas em dezembro, para a festa que oferece, e em agosto, para a Romaria. Parteira muito conhecida no Vão de Almas, diz que não atua mais e que não quer mais auxiliar as mulheres *teimosas*, que insistem em não ir para o hospital. Conta que já passou muitos apuros e reclama das pressões que sofrem e da falta de reconhecimento por parte da comunidade, pois, além de não terem nenhum retorno material dos partos atendidos, relata que não há nenhuma gratidão por parte das mulheres ou crianças - alegando que muitas passam por ela sem nem lhe cumprimentar.

Sebastião, que foi muito citado em algumas conversas por suas habilidades como parteiro, diz que não se considera parteiro. A conversa com ele aconteceu de maneira informal, antes do festejo. Ele ficou um pouco envergonhado de falar sobre o assunto. Contudo, mostra que gosta muito de participar dos partos e que, se chamarem, ele vai. Sebastião diz que para ser parteiro, só precisa ter coragem. Sua mulher, Adir, também participou da entrevista e contou sobre seus partos. Contou que não tem a coragem do marido para ajudar nos partos e que, às vezes, ia só para observar.



Dona Amância, na casa de Diranir



Dona Amância e o altar para Santa Luzia

Ao perguntar a Diranir como as mulheres se tonavam parteiras e pedir para ela falar sobre as parteiras finas, ela me contou:

Algumas viram parteiras porque têm coragem. Às vezes, elas nem sabem nada, mas têm coragem. Estão vendo a mulher ali sozinha, com dor e vão lá dar uma ajuda. Não é porque elas entendem não. E tem as que entendem alguma coisa. Minha mãe mesmo não entende nada. Minha mãe era corajosa. Mas ela não sabe reza nenhuma não. Só umas rezinhas, da Nossa Senhora do Parto, só essas assim.

O Sebastião, quando eu ganhei o Romero, foi ele que me ajudou. Ele da embalagem na barriga da gente, porque às vezes o menino tá meio torto na barriga da gente e ele desembala. Ele conhece. A mãe dele era parteira e ensinava pra ele. A mãe dele chamava Teodora e era parteira. A metade dessas mais velhas aqui era parteira. A minha avó mesmo era parteira, chamava Maria. Algumas delas, quando algo atrapalha, elas sabem algumas coisas, sabem alguns benzimentos, são umas parteiras que entendem bem das coisas. Tem umas que não entendem e às vezes querem sair com a mulher. E essas que entendem das coisas e dizem não, não precisa sair. São essas as parteiras finas. Que nem tia Eva. Ela mesmo é uma parteira muito fina. Tá vendo essa foto aqui? [me mostra o quadro na parede]. Estão ali naquele quadro, aqueles três eram parteiros. O pai do meu marido, a dona Tereza, a dona Cinésia, que é uma parteira muito fina.

Conto que vi Dona Cinésia num vídeo sobre parteiras e ela dizia: "Já *peguei* noventa e nove *meninos*". Diranir ri e concorda: "É por aí mesmo! Ela já tem muito netos!".

Minha última conversa foi com a Dona Eva, "Eva de Demetino", a quem todos se referem como Tia Eva. Dona Eva é muito conhecida e classificada como *parteira fina* no Vão de Almas. Seu pai era parteiro. Contou como se tornou parteira e relatou grande insatisfação com a situação das parteiras marginalizadas. Citou a promotora do município de Cavalcante como a responsável pela situação das parteiras, que estão amedrontadas e proibidas de atender. Diz que nunca aconteceu de alguém ter sido "chamada" (judicialmente), mas que existe essa ameaça e que as parteiras preferem não atender mais. Outro ponto que destacou na conversa foi o descaso por parte do governo, que já fez diversas promessas, mas não reconhece nem valoriza este trabalho.

Na conversa, dona Eva me contou que se tornou parteira aos 19 anos. Que seu pai era parteiro, mas ela se tornou parteira "sem querer", quando um dia uma mulher precisou e foram lhe chamar, pois seu pai não estava. Ela relutou em ir, mas, depois da insistência, acabou indo atender ao chamado. E disse que depois disso nunca mais conseguiu parar. Que a partir daquele dia, toda hora era chamada. Relatou os partos difíceis que conseguia resolver e que, em um, apenas, ela se assustou e *viu a hora da mulher perder a vida*, mas, no final, o caso foi bem resolvido. Dona Eva conclui que a situação em que vivem, sem assistência, sem apoio do Governo e as tamanhas distâncias que tem que caminhar para atender os partos, muitas vezes de madrugada e debaixo de chuva, a deixam desanimada, sobretudo por conta da sua idade, pois, com mais de setenta anos, não tem condições de fazer mais essas coisas. Diz que atualmente não tem mais interesse em atender partos e que acha bom ter *acontecido isso tudo* e, quando avista uma grávida, diz que quer passar longe. Quando perguntei se havia algum retorno material por parte das mulheres que atendia, ela respondeu, em tom de indignação: "Nem um obrigado!".

A situação do atendimento obstétrico no Vão de Almas, assim como nas outras comunidades Kalunga, é complexa. A partir dos depoimentos, é possível perceber que a transformação do cenário vem acontecendo há mais de uma década, coincidindo com o período de atuação da promotora pública da cidade. Ainda que a assistência prestada por parteiras a gestantes e parturientes seja considerada inadequada e propensa a maiores riscos, na visão do

modelo biomédico, é notável que o modelo atual de atenção ao pré-natal e parto para as mulheres Kalunga, está longe de ser considerado adequado.



Dona Eva, parteira

É importante destacar que, apesar da escolha da mulher pelo atendimento com parteiras ser um direito assegurado na atual Constituição Brasileira e não haver, até o momento, nenhuma proibição normativa da atuação dessas mulheres, existe uma "proibição" que se dá no âmbito social e territorial, partindo de ameaças de responsabilização e criminalização.

As parteiras locais continuam sendo a única referência próxima para muitas mulheres, que, por diversos motivos de ordem pessoal ou socioeconômica, não buscam ou não contam com os serviços de saúde institucionais durante a gestação e o parto. Estas mulheres são vistas como *teimosas*, categoria utilizada para classificar as que resistem em ir para o hospital, preferindo parir no local, ou as que não realizam o pré-natal. Dona Eva confirmou que, apesar de não atender mais partos, as gestantes continuam buscando por ela para pedir orientações – o que podemos considerar como o serviço de saúde Kalunga, composto de conhecimentos finos sobre o uso das plantas, remédios, benzimentos, rezas, entre outros.

Sabemos que a questão da escassez de políticas públicas para a saúde das mulheres é um problema que abrange todo o território nacional e que políticas de saúde que tentem incluir questões territoriais e de saberes tradicionais são ainda raras e de funcionamento complexo.

Contudo, percebemos uma situação ainda mais crítica no que se refere à atuação das parteiras na região Centro-Oeste, quando comparadas às regiões Norte e Nordeste, onde a presença das parteiras é muito marcante e estas encontram-se organizadas em associações e cada vez mais atuantes politicamente.

Para Silvéria Santos (2010:21) a exclusão social das parteiras tem relação com "mecanismos sutis de desqualificação e de humilhação social, que operam em nossa cultura, em relação às mulheres e à cultura feminina"⁴³. A autora enfatiza que o problema na região de Brasília, Distrito Federal e entorno é cada vez maior e que estas mulheres estão deixando de trabalhar, apontando também a inexistência de registros escritos sobre as suas presenças e experiências acumuladas nos dados oficiais sobre partos no sistema de saúde dos municípios estudados.

O pré-natal é recomendado a todas e é uma condição para o recebimento do Salário Maternidade Rural, para o qual a mulher precisa comprovar pelo menos cinco consultas pré-natais, configurando uma pressão econômica para que as mulheres possam aderir ao modelo médico-hospitalar. Contudo, não há atendimento ao pré-natal no território e, com isso, a necessidade de deslocamento mensal para as cidades para a realização das consultas pode ser um dos fatores que dificultam a realização do mesmo ou para a não realização do número mínimo de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde. Com a pressão por realizarem o pré-natal na cidade e terem o parto no hospital, as mulheres deixaram de optar pelo parto com parteiras e, atualmente, a maioria delas relata ter medo de parir com parteiras. Alguns dos motivos citados são: a falta de parteiras experientes, o medo de não aguentar um parto sem intervenções médicas (que são consideradas como ajudas para acelerar o processo) ou por considerarem o parto hospitalar mais seguro.

Ao me referir à assistência inadequada, bem como à ausência de assistência ao pré-natal no local, não é minha intenção afirmar a necessidade do pré-natal como modelo universal de atenção a todas as mulheres. Questiono, com isso, a obrigatoriedade desse modelo e sua “imposição”, de certo modo, às mulheres, sem condições reais de operar com atendimento adequado (quanto ao que propõe o MS e a OMS), satisfatório, acessível e seguro, já que, como vimos, muitas mulheres deixaram de ter a assistência das parteiras e ficam sem referências em

⁴³ RAGO, Margareth. FEMINIZAR É PRECISO ou por uma cultura filógena. Labrys, Estudos Feministas, número 1-2, julho/ dezembro de 2002, p.6. *apud* SANTOS (2010).

atendimento, precisando peregrinar por mais de um serviço de saúde, ao longo do trabalho de parto e tendo como primeira (e obrigatória) referência um hospital sem infraestrutura e profissionais para atendimento de partos e ou de cesarianas.

Como vimos, há menos de duas décadas, não existia pré-natal entre as Kalunga e a gestação era *livre*, categoria que usam para explicar que as certezas sobre o bom desenvolvimento do feto e bom andamento da gestação, se davam (e ainda se dão) no campo dos sentidos e da experiência, assim como sabiam identificar quando o trabalho de parto se aproximava. No entanto, compreendo que o modo de vida das gerações mais novas de Kalunga, muito interligado ao cotidiano das cidades e centros urbanos, e, por isso, apresentado em diversos relatos como um fator associado às novas patologias - antes inexistentes ou raras entre as gestantes Kalunga – aponta a necessidade de um olhar mais cuidadoso para a situação, no qual não se pesem nem as práticas autoritárias (e, em geral, danosas), nem o romantismo que ignore as necessidades e desejos demandados por essas mulheres. Creio que seja necessária uma política pública de integração dessas práticas intermédicas que contemple, de fato, as necessidades dessas mulheres e possibilite a atuação oficial das parteiras que assim desejarem, sem que sejam marginalizadas ou criminalizadas, e que possam discutir a necessidade de incentivos, subsídios e uma possível integração com o sistema de saúde.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde com o programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, implementado em março do ano 2000, que recolocou a melhoria do parto e nascimento domiciliar, assistidos por parteiras tradicionais, na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da atenção básica, não temos atualmente, na região do Distrito Federal e Goiás, nenhuma política pública que integre o trabalho das parteiras ao SUS. Ao contrário: elas estão cada vez menos atuantes e mais silenciadas. Com seus conhecimentos subalternizados e suas práticas marginalizadas, as parteiras têm cada vez menos interesse em retomar os atendimentos e, como consequência de todas as tensões expostas neste cenário, as gerações mais novas não têm interesse ou oportunidades de herdar os saberes relativos ao partejar e, assim, não podem contribuir para a sua manutenção.

MINHAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ou: quando chega a hora de desistir, é porque está chegando ao fim.

Nos capítulos anteriores, foram apresentadas as narrativas que inspiraram e deram sentido a este trabalho. Não é tarefa fácil realizar uma aproximação entre dois contextos tão distintos, sem cair nos erros comuns de comparações que possam ser equivocadas ou levar a simplificações ou a um determinismo histórico. Minha intenção aqui é conjugar essas experiências em dois importantes aspectos que se revelam nos processos. Se por um lado verificamos o processo de medicalização do parto, que atinge às duas regiões, como um modelo produtor de violência obstétrica, que subjuga os saberes femininos, “retira” as mulheres de cena, como protagonistas seus partos e marginaliza a prática – antes, hegemônica – das parteiras, por outro lado, observamos que no processo histórico de “dominação de gênero” na parturição, as mudanças não aconteceram sem resistências e ainda que as mulheres vivenciem atualmente um cenário altamente medicalizado e opressor, a cada experiência esses domínios de saberes são, de algum modo, questionados, confrontados e renegociados, há potências a serem reconhecidas.

Apresentando uma visão geral dos processos históricos de medicalização do parto no Brasil, pudemos observar que os esforços diversos para tornar o médico a melhor opção para a assistência ao parto não foram facilmente assimilados, nem obtiveram grande adesão, ainda no século XIX. E mesmo com a criação das primeiras maternidades, no início do século XX, e com as estratégias para que as mulheres procurassem esses locais para realizarem o parto, a maioria ainda preferia a assistência das parteiras. Sendo assim, a difamação da prática das parteiras foi um recurso muito utilizado por parte de cirurgiões e médicos, com o apoio da imprensa, como estratégia para a consolidação da figura do médico, homem, como referência na assistência ao parto. A desvalorização da parteira, a partir da construção de uma imagem que associava a prática dessas mulheres à sujeira, à ignorância e ao risco, fez parte do contexto de organização médica e das instituições de saúde (BARRETO, 2008:903), disseminando a ideia – muito comum até os dias atuais – de que o parto domiciliar, atendido por parteiras, foi (e ainda é) muito prejudicial à sociedade brasileira, levando a crer que causou um número bem maior de mortes do que o real.

Nos processos de hospitalização do parto, verificamos as disputas pelo território-corpo da mulher, operadas a partir do controle Estatal na tarefa “administração dos corpos” em associação com a categoria médica, que aspirava a autoridade sobre os conhecimentos e manejos do corpo feminino, investindo no subjugo dos conhecimentos das mulheres sobre seus corpos. No entanto, observamos que esses processos não aconteceram de forma linear e simétrica nas regiões brasileiras, obedecendo não só às especificidades locais e contextuais, mas também a diversas formas de resistência ao modelo de medicalização, que se impunha de forma autoritária e violenta. As dificuldades enfrentadas para que se conseguisse operar como modelo médico-hospitalar como predominante, sendo um processo lento, conflituoso e complexo, revelam, em parte, estes focos de resistência.

As estratégias promovidas pela aliança entre médicos e Estado, que objetivavam que o modelo hospitalar de assistência ao parto atingisse toda a população, tornou-se o modelo oficial de atendimento às parturientes em meados no século XX e permanece até os dias atuais. Contudo, o processo de medicalização e hospitalização do parto como modelo hegemônico e universal vem causando grandes impactos no cenário do nascimento brasileiro, ao atingir índices alarmantes de cesarianas e intervenções médicas no processo fisiológico do parto, conforme pudemos verificar com os dados apresentados pela pesquisa *Nascer no Brasil* (FIOCRUZ, 2014). Com isso, observa-se que as gestantes e parturientes brasileiras de todos os grupos sociais, estão sendo expostas a maiores riscos, por assistência inadequada, elevando assim os desfechos adversos no parto e no nascimento. Num país onde a estimativa é de que quase um milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, e de que um número ainda maior de mulheres e bebês sofrem intervenções diversas no parto e nascimento sem necessidade, não diminuimos nossos índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal para um padrão considerado aceitável. O nascimento fisiológico no Brasil tem sido um evento cada vez mais raro.

Na contracorrente desse processo, desde a década de 1970, mulheres têm se organizado em grupos e movimentos, a fim de reivindicar o direito de decisão, agência e controle sobre seus corpos e seus processos de partos – o que resultou, no início do ano 2000, no que conhecemos hoje como movimento do parto humanizado, no qual mulheres começaram a questionar mais fortemente as práticas médicas no parto hospitalar, em busca de um protagonismo no evento. É nesse contexto que surgem as narrativas sobre os partos no Rio de

Janeiro, que são apresentadas no segundo capítulo. Os relatos escritos pelas mulheres que vivenciaram o processo de parto revelam as formas violentas de atuação dentro dos hospitais, com um modelo baseado na intervenção de rotina, que, desta forma, ritualiza as suas práticas. Conforme observa Davis-Floyd (1992), a transferência do local de parto da casa para o hospital não representou uma des-ritualização daquilo que, em outras sociedades, foi sempre visto como um processo carregado por superstições e tabus. Pelo contrário, a transferência do parto para o hospital "resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano" (*ibid*: 02). Este fato pode ser verificado na situação das mulheres do Vão de Almas, que, do mesmo modo, passam por trabalhos de parto ritualizados com intervenções e proibições que não geram benefícios e são motivos de insatisfação, citando a posição “deitada, com a cabeça arriada”, como exemplo, ou as manobras dolorosas de “empurrar a barriga”. Com isso, percebemos que a dimensão do parto, como um sistema de crenças, impregnado de tabus e rituais, não se dá só no âmbito dos atendimentos com parteiras – em geral contrapostos às práticas ocidentais que pretendem representar a modernidade e o desenvolvimento –, onde comumente se associa a ideia de ritual à utilização de “conhecimentos tradicionais”, como o uso de ervas, rezas, benzeduras e técnicas “não científicas”. A prática do atendimento ao parto no hospital mostra-se extremamente ritualizada.

As narrativas produzidas no Rio de Janeiro apresentam, em sua maior parte, os dilemas vividos por gestantes de classe média, usuárias de plano de saúde, que, em sua quase totalidade, foram submetidas a uma cesariana desnecessária na primeira gestação ao realizarem seus partos na rede privada. Assim, confirmam na prática os dados apresentados, revelando os altos índices de nascimentos por via cirúrgica no Brasil, que conferem ao país o título de campeão mundial de cesarianas. Em proporção menor, alguns relatos apresentam a realidade dos partos na rede pública, que elevam as chances de partos vaginais, mas não poupam as parturientes das intervenções de rotina e do sistema produtor de violência obstétrica, que tornam os partos mais dolorosos e traumáticos para a maioria das mulheres. Em todos os casos, estas mulheres se consideraram vítimas de violência obstétrica e as que tiveram mais de uma gestação, buscaram vivenciar o evento do parto de forma diferente. Nascidas numa geração em que os índices de cesariana já eram alarmantes, sobretudo por estarem associadas à laqueadura, muitas dessas mulheres não tiveram transmitidos os conhecimentos sobre parto no seu âmbito familiar. Nas entrevistas realizadas, a maioria respondeu que havia nascido por cesariana e o assunto de

partos não era abordado em casa. Sendo assim, uma das táticas utilizadas para a conquista do parto normal foi o grande volume de leituras especializadas sobre o tema, assim como a participação de grupos de apoio, virtuais e presenciais, com a perspectiva de “empoderamento” para protagonizar os seus próprios partos, utilizando os conhecimentos adquiridos, e questionar as práticas médicas, se assim fosse necessário.

As mulheres nascidas por parto normal pertenciam aos grupos de renda mais baixa ou às classes médias que foram influenciadas pelas vanguardas que reivindicavam partos menos medicalizados, realizando treinamentos e preparação para o parto normal, na época. No entanto, em suas experiências, o alcance do parto normal foi mais frequente com mulheres que realizaram seus partos na rede pública, por opção ou por falta de outra forma de atendimento.

Ao compreenderem a necessidade da “admissão tardia”, em que chegariam ao hospital somente em estágio avançado de trabalho de parto, a fim de evitar intervenções de rotina e cesarianas, as mulheres passaram a usar utilizar a tática de “ficar em casa o máximo possível” ou “chegar parindo”. Esta mesma tática foi verificada entre as Kalunga, em quase todas as narrativas. Em alguns casos, as mulheres desenvolveram a tática a partir da própria experiência, ao terem chegado cedo ao hospital e, por isso, terem sofrido mais intervenções ou, por exemplo, terem ficado muitas horas sem poder se alimentar. Em outros, esses saberes foram transmitidos pelas mais experientes, que já haviam passado pelo parto e fizeram o aconselhamento. Omitir ou mentir fatos sobre os processos de gestação e parto para familiares ou profissionais de saúde, a fim de evitarem pressões e reprimendas, também foi uma tática comum nos dois contextos.

A antropóloga Emily Martin (2006) observa que, diante do cenário atual de atendimento ao parto, as mulheres passaram a fazer uso de recursos simples para resistirem às tecnologias e intervenções desnecessárias. Para a autora, estes e outros recursos são como estratégias de resistência, “fuga” ou guias de autodefesa nos hospitais.

Outro ponto relevante que os relatos apresentam é o desrespeito, por parte dos hospitais, à Lei do Acompanhante no Parto, em que a maioria relatou ter sido privada da companhia dos pais dos bebês pela exigência da presença apenas de mulheres nas salas de parto ou enfermarias coletivas, tanto na rede privada quanto no SUS. No cenário Kalunga, o mesmo processo ocorre: mulheres, tendo desrespeitados os seus direitos garantidos por lei, são privadas da companhia do *criador* no momento do parto e, assim como as mulheres nos contextos mais urbanizados, avaliam como negativa a experiência de ficarem sozinhas em algum estágio do parto. O fato de

estarem possivelmente menos informadas sobre os seus direitos no momento do parto, não faz com que as mulheres Kalunga deixem de questionar ou elaborar as suas experiências, demonstrando tristeza ou indignação com as proibições.

Nota-se também, entre a maioria das mulheres que buscou a assistência humanizada ao parto, o desejo de que os parceiros vivenciem os processos com grande envolvimento e participação em todas as fases, tendo como um dos seus objetivos garantir os direitos e desejos da mulher e “inspecionar” todos os procedimentos realizados com o bebê.

Ao finalizarmos a leitura de cada narrativa sobre parto, temos, por muitas vezes, a sensação de alívio pelo final do processo, do *ritual*, sobretudo quando as mulheres mostram-se satisfeitas com o nascimento do seu filho, exclamando frases emblemáticas, como “eu consegui!”, ou simplesmente agradecem (a Deus, aos profissionais, aos familiares envolvidos) pelo nascimento dos seus bebês. Algumas mulheres, no contexto do “parto humanizado”, revelam a sensação de “renascimento” ou de terem se tornado “novas mulheres com a experiência”. A respeito dessa sensação de conquista, após uma tarefa árdua, trago a descrição de Davis-Floyd (1999) sobre o parto como um rito de passagem, em que o ritual, com a encenação padronizada, repetitiva, simbólica e transformativa de uma crença ou valor cultural, teria como principal objetivo o alinhamento do sistema de crenças do indivíduo com o da sociedade. Um rito de passagem consistiria em uma série de rituais através dos quais as pessoas são transportadas de um *status* social para outro, desse modo transformando tanto a maneira como a sociedade o define quanto como o indivíduo define a si mesmo. Esse processo transformador exigiria experiências fora do comum, incluindo dificuldades e desafios físicos e mentais, cujo enfrentamento facilitaria a ruptura com o estado anterior e a abertura psicológica dos iniciados aos novos papéis.

No cenário Kalunga, observamos o recente processo de medicalização do parto, que, em menos de vinte anos, o modelo médico-hospitalar se constituiu como predominante, excluindo, gradativamente, a atuação das parteiras locais. Assim como já visto na revisão histórica dos processos de medicalização, a desvalorização e difamação da imagem das parteiras é uma estratégia fundamental para instituição do domínio médico do cenário da parturição. No caso das parteiras Kalunga, a desvalorização e subjugo dos seus saberes, que associa sua prática à ideia de “risco”, contrapondo-se com a ideia de “segurança” dos hospitais, é acompanhada de

um processo de criminalização dessas práticas, numa associação do poder médico com o poder de Estado. Com os relatos das parteiras, podemos, por vezes, chegar à conclusão de que há um alívio por não terem que atender mais partos, como se houvesse uma conformação e rápida assimilação do “novo modelo”. No entanto, podemos nos perguntar como é, para elas, conviver com abandono do ofício? O que nos dizem os seus silêncios? O não querer falar sobre partos? A criminalização perpassa os silêncios. Ainda que não tenhamos notícias de uma proibição legal, podemos comprovar uma proibição que opera simbolicamente, na prática, nos campos social e territorial. Sentindo-se o tempo todo sob a ameaça da punição e do descrédito, podemos perceber que a criminalização está interiorizada.

Em todos os relatos de mulheres, homens e parteiras Kalunga, nos deparamos com o uso de conhecimentos específicos em todas as fases do trabalho de parto, que podem ser utilizados para reconhecer se o processo de parto está se iniciando, que ajudam a *dar dor* ou aliviar a dor: a pinga, os remédios, os chás, os banhos. O uso do quente e do frio, além das técnicas para resolver as *distócias* nos partos, como no caso da demora na saída da placenta, como foi apresentada por Fiota. A partir do olhar biomédico, essas práticas são vistas como potencialmente danosas e perigosas, contrapondo-se às práticas científicas. Contudo, o trabalho de campo me ajudou a compreendê-las como saberes locais, não menos científicos, que não estão descolados das “evidências” e da experiência. Podemos notar, inclusive, uma apropriação dessas práticas, que são reconhecidas em alguns casos, por estudos comparativos que mostram os benefícios dessas tecnologias não farmacológicas. E nas práticas nas cidades, como profissionais que lidam com a assistência ao parto, visando uma assistência menos medicalizada, as doulas observam o uso de técnicas que se assemelham às encontradas entre as Kalunga, ganhando outras vestimentas e sofisticações.

A exemplo dessa situação, lembro de uma conversa com um obstetra que me contou que não sabia que o banho quente aliviava a dor das contrações, pois não aprendera isso em sua formação. E assim, na sua residência num hospital público, disse ter aprendido muito com as enfermeiras sobre os cuidados com as mulheres em trabalho de parto, que, na maioria das vezes, referiam-se ao uso de técnicas não médicas e não farmacológicas. Ele citou, como exemplo, o uso do chuveiro: após aprender com uma enfermeira que as mulheres teriam benefícios na utilização dos banhos, passou a indicar às parturientes que tomassem banho frio e não entendia porque elas logo queriam sair da água e, ao contrário do que foi dito pela enfermeira, elas não

pareciam se beneficiar da “técnica”. E só depois foi aprender que o banho deveria ser quente, compreendendo porque as mulheres viam os banhos que ele indicava como “tortura”.

A questão do saber-experiência, da experiência prática, assume caracteres valorativos diferentes de acordo com a categoria profissional. No caso das parteiras, vimos que, no processo em curso, o conhecimento adquirido a partir da experiência prática é um fator de desvalorização e desqualificação da categoria em detrimento da formação institucionalizada. No caso dos médicos, observamos o contrário. É muito comum um profissional médico, como vimos nas narrativas, usar o seu tempo de experiência para justificar as suas práticas e a sua autoridade no assunto, que exemplifico em algumas frases: “Deixa que eu pego, eu sei pegar”, “Já faço isso há vinte anos, eu sei fazer”; “Não estudei dez anos para receber ordens de quem estudou dez minutos na internet”. E assim, muitas vezes, justificam práticas violentas e inadequadas na assistência ao parto, às mulheres e aos bebês. Esse assunto nos remete também à questão da confiança que é atribuída em relação à figura do médico somente pelo *status* fortemente constituído na categoria. Desde a revisão histórica apresentada no primeiro capítulo, conferimos que a maior parte dos médicos obstetras se formava sem que nunca tivesse assistido a um parto e, ainda assim, seus títulos eram concedidos (mas nem por isso menos questionados pela população atendida e pelas parteiras). Uma amiga antropóloga certa vez brincou: “Todo mundo questiona a formação das parteiras, mas ninguém pede o *lattes* do médico para ser atendido”.

A situação atual em relação à formação *versus* experiência não é muito diferente. Apesar dos treinamentos e da residência médica, observo que muitos obstetras não conseguem reconhecer um processo fisiológico de parto a partir dos sinais – físicos e comportamentais emitidos pelas mulheres. Este fato leva a ocorrências diversas, como a demora para a internação das parturientes, por exemplo, que algumas vezes são vítimas de reprimendas como: “Por que você está se comportando assim se ainda nem está em trabalho de parto?”, “A dor tem um limite. Não é possível que você esteja com tanta dor com a dilatação que está”. Guiando-se apenas pelas medidas matemáticas do toque vaginal para acompanhar a evolução do trabalho de parto, vimos que muitos equívocos foram constatados nas diversas experiências apresentadas. O caso de Laura exemplifica muito bem essa situação: a confusão no posicionamento do bebê, em posição *pélvica*, e as tensões geradas com a indicação de transferência para a cesariana, que ocasionaram o parto na estrada, do bebê em posição *cefálica*.

A partir do caso de Laura, como exemplo entre muitos outros, podemos concluir que apesar da “rápida” adesão ao modelo hospitalar e à “substituição” do atendimento em domicílio, as mulheres não estão passivas ou desinformadas, como pode fazer parecer, em relação ao processo em transformação. Elas reconhecem o saber médico, mas não deixam de questioná-lo ou duvidar de sua eficácia. Ainda que não o façam de forma explícita ou organizada – e para isso não podemos deixar de considerar os fatores de sua situação socioeconômica e racial que impactam ainda mais nas relações de poder e questionamento verbal dos direitos–, essas micro resistências se dão cotidianamente, a cada experiência.

Com a transferência dos partos para o contexto hospitalar, nos dois cenários podemos pensar sobre a questão dos deslocamentos em trabalho de parto. No caso Kalunga, os deslocamentos estão presentes desde o início de sua história de constituição dos quilombos em lugares de acesso tão difícil (mesmo hoje em dia, com as estradas), que nos leva a pensar como conseguiram chegar naquele local e nos conecta com a sua necessidade de se “esconder” e se deslocar constantemente. Esses deslocamentos se dão também no processo de parto, desde os tempos mais antigos, por parte das parteiras ou por parte das gestantes, como vimos, para ficarem em casas de familiares mais próximos das parteiras. Atualmente, as mulheres Kalunga realizam múltiplos deslocamentos nesse processo, começando pela migração para a cidade com antecedência, para aguardar o parto e, depois, com o deslocamento para o hospital, em trabalho de parto, podendo, no caso de Cavalcante, resultar em outros deslocamentos, com os encaminhamentos para outras maternidades de outros municípios. Nos centros urbanos, a situação não é muito diferente. Entre as mulheres que entrevistei ou acompanhei nos partos ou nos grupos, a transferência do domicílio para o hospital, em trabalho de parto, é um dos dilemas vividos pelas mulheres. Em todos os casos, as mulheres são confrontadas à questão do tempo do parto. Que tempos se conjugam para o nascer? Num processo que não tem como se prever o tempo de duração, como administrar o tempo, para se chegar no “tempo certo” nas maternidades? Em todos os casos, vimos a questão do tempo – que está intimamente ligada à mudança do local do parto no processo de medicalização – como um fator de tensão entre as parturientes, que, para terem experiências mais próximas das que desejam, precisam utilizar os conhecimentos adquiridos para administrar esse tempo. Como exemplo da complexidade desse processo, vimos as mais variadas situações que refletem os impactos dessa necessidade de prever o tempo imprevisível do parto: internações precoces resultando em partos traumáticos e

cesarianas; internações “tardias” que resultam em conflitos, reprimendas e retaliações; partos que acontecem durante os trajetos, no carro, na estrada, na calçada.

Considero que, nesses processos de controle do corpo feminino e subjugação dos saberes das mulheres durante parto, ao construir-se a ideia de fragilidade do corpo da mulher, que seria potencialmente falho e perigoso para o bebê, ocorre também um processo de transferência da realização do parto. Há tempos construiu-se a ideia de que os médicos *fazem* o parto e as mulheres *ganham* os bebês, colocando as mulheres em situação de passividade e não de protagonismo. Ambas as categorias operam fortemente no campo simbólico e são bem difíceis de serem desconstruídas na cultura de atendimento médico ao parto. E é isso que o “movimento de humanização do parto” vem reivindicar: a retomada do processo, das mulheres fazendo seus próprios partos.

Em oposição ao *fazer* do parto pelo médico, que nos remete às práticas rotineiras de intervenções e também à imagem do médico “retirando o bebê” para, posteriormente, entregá-lo à mãe, como um presente que deve ser agradecido ao feito médico, vimos também, como impacto das demandas e questionamentos das mulheres, a busca pelo modelo *hands off*, em que os profissionais não retirariam o bebê, apenas o aparando ou possibilitando a mãe que ela mesma pegue. Esta “novidade” vai nos levar, mais uma vez, às antigas práticas das parteiras, como está claro na categoria: *pegar menino*. Assim, concluímos que as práticas mais uma vez se encontram quando a mulher é reposicionada como protagonista do seu parto.

Para a difícil tarefa de finalizar e me despedir temporariamente deste trabalho, trago uma expressão aprendida em campo Kalunga e que, com uma força incrível, define um pouco da experiência que as mulheres vêm vivenciando, no cenário obstétrico atual brasileiro, conforme opera com o modelo de intervenção de rotina e cerceamento de direitos: *parir que nem cachorra*. Parir sem escolhas, sofrer maus-tratos, violências físicas e verbais, medo e sensação de abandono. Silêncio. Seus gritos são silenciados. Não pode gritar! Seu corpo é frágil, mas não pode gritar! Seu corpo é frágil, mas você tem que ser forte. Faça força! Assim, desejam o silenciamento das vozes das mulheres. Seus gritos, suas vozes. Gritos que extravasam a dor, mas também comunicam, aliviam, emocionam. Que os gritos sejam livres e as vozes se libertem.

GLOSSÁRIO

Bolsa rompeu – rompimento fisiológico e espontâneo do saco amniótico, que contém o líquido amniótico e o feto. Na maior parte das vezes, o rompimento se dá ao longo do trabalho de parto.

Casas de parto – são unidades de saúde que realizam o pré-natal e os partos normais de gestantes de baixo risco. Conhecidas também como Centros de Parto Normal (CPN), as casas de parto, em geral, são dirigidas por enfermeiras obstetras e sem a obrigatoriedade da presença de médico. No Brasil, os CPN foram criados pelo Ministério da Saúde em 1999 e são definidos na portaria 985 como "unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias”.

Dilatação – se refere à dilatação do colo do útero, processo que ocorre gradualmente ao longo do trabalho de parto, permitindo a passagem do bebê.

Distócia – trata-se das complicações que podem se apresentar durante a gestação e/ou durante o próprio trabalho de parto.

Doula – acompanhante profissional do parto que tem por objetivo servir à mulher em trabalho de parto, oferecendo suporte físico e emocional, além de informações de qualidade (durante a gestação), apoiando-a em suas escolhas e desejos. É importante ressaltar que a doula não possui formação obstétrica, não estando, portanto, habilitada a realizar nenhum procedimento técnico da área, como toques vaginais, ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Episiotomia – corte no períneo da mulher, supostamente com o objetivo de prevenir lacerações espontâneas e/ou acelerar o trabalho de parto.

Expulsão da placenta – caracteriza a terceira fase do trabalho de parto, durante a qual o corpo da mulher, por meio de contrações uterinas, expelle a placenta.

Fase ativa do trabalho de parto (ou trabalho de parto ativo) – primeira fase do trabalho de parto, durante a qual se intensificam as contrações e ocorre a dilatação do colo do útero.

Fase latente do trabalho de parto – fase imediatamente anterior ao início do trabalho de parto propriamente dito (fase ativa), durante a qual as contrações uterinas ocorrem com menos intensidade e maior espaçamento e, geralmente, começam a entrar em um padrão rítmico perceptível, podendo durar várias horas.

Fórceps - Instrumento obstétrico semelhante a duas grandes espátulas interligadas, que é introduzido no canal vaginal da parturiente, ajustando-se nos lados da cabeça do feto para a correção de seu posicionamento e auxílio para retirada feto, em casos de emergência. Contudo, é muito comum no Brasil a sua utilização de forma desnecessária e inadequada, aumentando os riscos para a mulher e o bebê.

Ocitocina – hormônio de importante atuação durante o trabalho de parto, responsável pelas contrações uterinas. Sua versão sintética é comumente utilizada por via intravenosa, com a finalidade de intensificar as contrações e acelerar o trabalho de parto.

Período expulsivo – a segunda fase do trabalho de parto, durante a qual ocorrem os “puxos” – força involuntária executada pela mulher – que promovem a saída, ou expulsão, do bebê para fora do canal vaginal.

Placenta – órgão gerado no primeiro trimestre da gestação, responsável pela oxigenação e nutrição do feto durante este período, bem como pelas trocas sanguíneas e hormonais entre o feto e a mãe. É expelida pelo corpo da mãe após o nascimento do bebê.

Pós-termo – refere-se às gestações que ultrapassam a 42ª semana de duração, bem como aos partos que ocorrem após esse período.

Puérpera – a mulher que vivencia o puerpério, isto é, a fase que tem início com o nascimento do bebê.

Puerpério – fase da vida da mulher mãe que tem início com o nascimento do bebê. Por muito tempo considerou-se, na assistência obstétrica de forma geral, que este período teria a duração de quarenta dias – a dita “quarentena” ou “resguardo”. Entretanto, entende-se hoje que se trata de um período que não pode ser delimitado de forma tão precisa, por envolver fatores variáveis segundo o contexto e a pessoa, como fatores hormonais, emocionais, sociais, entre outros. São características dessa fase: tristeza puerperal, sentimentos ambíguos em relação ao bebê e à própria compreensão de si mesma, adaptação ao bebê e ao novo papel de mãe, sensação de solidão e isolamento, queda na libido sexual, etc. Assim, o fim deste período é percebido de forma diferente por cada mulher, de acordo com a superação desses fatores. Influem, com intensidade variável, marcadores como a volta ao trabalho, o retorno da ovulação, a retomada da iniciativa sexual, entre outros.

Puxos - Desejo espontâneo e fisiológico de fazer força, durante o trabalho de parto, para a saída do bebê no canal vaginal.

Puxos dirigidos – consistem em conduzir a força feita pela parturiente durante o período de expulsão do bebê, no final do parto, em lugar do puxo fisiológico.

Termo – refere-se ao período considerado adequado (de acordo com as médias populacionais) para o nascimento do bebê, a saber, entre a 37^a e a 42^a semana de gestação.

Toque vaginal – manobra executada durante o trabalho de parto em que o profissional de obstetrícia insere dois dedos no canal vaginal da mulher, alcançando o colo do útero, com o objetivo de avaliar o aspecto e a dilatação deste último.

Trabalho de parto avançado – refere-se à fase ativa do trabalho de parto, em que as contrações estão fortes e ritmadas e a dilatação do colo do útero está em curso. Geralmente usa-se a expressão quando se supõe que o período expulsivo está próximo, como forma de indicar a transição entre uma fase e outra.

Violência obstétrica – forma de violência cometida contra a parturiente por qualquer sujeito envolvido na assistência ao parto (médicos, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, recepcionistas de maternidades, as próprias maternidades por meio de seus protocolos, etc.), por meio de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, negação de autonomia e de direitos, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres e na liberdade de decisão sobre seus próprios corpos.

Vontade de empurrar – necessidade fisiológica e involuntária de fazer força em consonância com as contrações uterinas, auxiliando na saída do bebê. Ocorre durante o período expulsivo.

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, Marivaldo Cruz do. *Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927)*. História, Ciência e Saúde - Manguinhos vol.15 no.4. Rio de Janeiro Oct./Dec. 2008

BAIOCCHI, Mari de Nasaré. *Kalunga povo da terra*. Brasília: Unesco/MJ/Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999.

BARRETO, Maria Renilda Nery. *Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista*. História, Ciência e Saúde - Manguinhos vol.15 no.4. Rio de Janeiro Oct./Dec. 2008

CARDOSO, Tiago. *A arte de governar na filosofia de Michel Foucault: o biopoder, o inimigo e o racismo*. Dissertação (Mestrado em Filosofia) Programa de Pós-Graduação em Filosofia Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2008.

CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes, 1994.

CLIFFORD, James. *A experiência etnográfica. Antropologia e Literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2002.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.

DINIZ, Simone Grilo e DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou Cesárea? - o que Toda Mulher Deve Saber (E Todo Homem Também)*. São Paulo: Pluricom, 2004.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):627-637, 2005
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>

DINIZ, Simone Grilo. *Que valores escolhemos nesse ritual?* Revista Estudos Feministas vol.10 no.2 Florianópolis julho/dezembro. 2002.

FLEISCHER, Soraya. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

FLEICHER, Soraya e SCHUCH, Patrice. *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Brasília: Letras Livres/Editora da Universidade de Brasília, 2010.

FIOCRUZ. *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S5-S7, 2014.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade - A vontade de saber*. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988, p.96.

_____. (1963). *O nascimento da clínica*. 1. ed.brasileira. Rio de Janeiro: FORENSE-UNIVERSITÁRIA, 1977.

GIATTI, Rosamaria. *Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Campinas, SP: [s. n.], 2011

file:///C:/Users/sarq1/Downloads/CarneiroRosamariaGiatti_D.pdf

HIRSCH, Olivia Nogueira. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 229-249, abr.-jun. 2015

MACCA, Marcelo et al. *Cuidados pela vida: um olhar sobre saúde e cidadania no Brasil*. São Paulo, SP: Terra Virgem Editora, 2001.

MARQUES, Marília Bernardes. *Discursos médicos sobre seres frágeis*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: GARAMOND, 2006. 378p.

MAUSS, Marcel. *As técnicas corporais*. In: _____ *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Trabalhando com parteiras tradicionais*. Área Técnica de Saúde da Mulher/ Grupo Curumim Gestação e Parto. Brasília, 2000.

MOTT, Maria Lúcia de Barros. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Projeto História: Corpo & Cultura*, v. 25, p. 197-219. 2002.

MOTT, Maria Lúcia de Barros. *Parto, parteiras e parturientes: Mme. Durocher e sua época*. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/Universidade de São Paulo., São Paulo. 1998.

MULLER, Elaine e PIMENTEL, Camila. *Relatos da partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X.

OLIVEIRA, Livia de. *O sentido do Lugar*. In: Jr, Eduardo Mandarola; HOLZER, Werther; OLIVEIRA, Livia de. *Qual o espaço do lugar?* Geografia, Epistemologia, Fenomenologia. São Paulo: Editora Perspectiva. 2012. 3-16.

RAGO, Margareth. *Feminizar é preciso ou por uma cultura filógena*. Labrys, estudos feministas, número 1-2, julho/ dezembro de 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Dossiê Humanização do Parto*. 2002.

<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>

RODRIGUES, Renata da Costa. *Como nasce um Kaluga? Práticas e percepções de mulheres, parteiras e profissionais de saúde*. Dissertação (mestrado). Universidade de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2016.

SALEM, Tania. O Ideário do "parto sem dor": uma leitura antropológica. Boletim do Museu Nacional, Nova Série, Antropologia, Rio de Janeiro, v.40, p. 27, 1983.

SANTOS, Silvéria Maria dos. *Parteiras tradicionais da região do entorno do Distrito federal*. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de História, 2010.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. *Pode o subalterno falar?*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010. SOUZA, Bárbara Oliveira. *Parteiras Kalunga: Saberes Tradicionais e Processos de Medicalização do Parto*. Monografia de graduação defendida no Departamento de Antropologia. Brasília: UnB. 2005.

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

TORRES, Ana Paula Repolês. *O paradoxo da biopolítica: a atualidade da violência nas sociedades modernas a partir de Foucault e Arent*. Acesso em 30/08/2016, disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/viewFile/7050/3911>

SITES CONSULTADOS:

<http://www.doulas.com.br/> Acesso em 05/01/2016

<http://www.redemulher.org.br/encarte56.html>. Acesso em 05/01/2016

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf.
Acesso em 15/02/2016

<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>. Acesso em 15/02/2016

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4815:declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas&Itemid=821 Acesso em 01/09/2016

<http://www.partodoprincipio.com.br/escolhendo-a-cesarea> Acesso em 01/09/2016

<http://apublica.org/2013/03/violencia-parto-vende-cesarea-diz-pesquisadora-2/>