

Entre riscos fisiológicos e emocionais: a humanização do parto em uma maternidade pública carioca

A partir de uma etnografia da política de humanização em uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro, pelo viés das enfermeiras obstetras e das mulheres por elas atendidas (MENDONÇA, 2018), neste trabalho enfocarei a tensão entre os riscos fisiológicos e os riscos emocionais. Os significados do termo humanização são objeto de disputa entre ativistas, usuárias, profissionais da saúde e gestores e mesmo internamente a estas categorias. As disputas em torno do termo e a ampliação de uma ideologia inicialmente associada à camadas médias específicas - agentes do ativismo em torno da questão - à setores mais amplos da população, através de políticas públicas de saúde, instigaram a escolha de uma maternidade pública como *locus* de pesquisa. A partir dessa imersão foi possível etnografar alguns desencontros ocorridos quando a política de humanização possui como público alvo setores não ativistas. Assim, construo interpretações a respeito da institucionalização deste modelo, abarcando a permanente tensão entre o ideário promovido pelo movimento pela humanização do parto, os saberes-poderes biomédicos e as estruturas da instituição médico-hospitalar. Bem como o diálogo com o grupo majoritário de usuárias da maternidade, que não necessariamente desejam um parto que “respeita a fisiologia do parto” e seja completamente sem intervenções.

Há uma hierarquia e por vezes uma contradição entre riscos fisiológicos e o que denominei como riscos emocionais - termo aqui não remetido apenas a esfera psi, mas abarcando o nível do desejo, produto de aspectos subjetivos construídos no seio da cultura. Estes não necessariamente aparecem em sintonia: muitas vezes há o embate entre o que aquela mulher quer e o que a instituição, orientada pelos protocolos e taxas, indica que deve ser feito com base nos riscos fisiológicos.

A autonomia da mulher possui um papel fundamental dentro do arcabouço ideológico da humanização, porém sua construção é remetida ao ideário como um todo, de modo que encontra dificuldades de dialogar com contextos informados por outros valores. Nos discursos do ativismo, a autonomia aparece atrelada ao desejo por um parto mais natural. A autonomia é um valor em relação ao saber médico que busca dominar o processo de parturição – acionando um outro conjunto de saberes, a Medicina Baseada em Evidências

(MBE), para classificar e atuar sobre os riscos fisiológicos – e não comportando, sem tensões, outros projetos e desejos.

Como Beck (2016) analisa, a ciência não se refere mais puramente a dimensão do esclarecimento e desvelamento da verdade: através de sua construção enquanto crítica produz a crítica de si mesma. Objetivando produzir verdades, somente às produz em caráter provisório, o que tanto impulsiona o seu desenvolvimento quanto produz descrenças e inseguranças em relação as suas proposições. Em relação ao caráter historicamente inédito do risco, categoria analisada pelo autor, este se funda em uma construção científica e social, “a ciência se converte em *causa* [...], *expediente definidor* e *fonte de soluções* (BECK, 2016, p. 235). Diante do manancial de informações científicas, os “objetos” da cientifização se convertem em “sujeitos”, uma vez que podem e necessitam manejar ativamente uma grande gama heterogênea de interpretações científicas (p.237).

A questão do parto ocupa um lugar relevante na crítica ao modelo médico hegemônico e na construção de propostas que visam sua humanização. Em resposta à medicalização considerada excessiva, surge a Medicina Baseada em Evidências, que propõe que intervenções médicas somente sejam realizadas quando haja evidências científicas de que trarão benefícios. Tal como define Lopes, em artigo publicado em revista da área médica:

“MBE se traduz pela prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica. Na MBE, as dúvidas que surgem ao resolver problemas de pacientes são os principais estímulos para que se procure atualizar os conhecimentos.” (LOPES:2000:285)

Nesse sentido, opera através do que Beck aponta como “a oportunidade de emancipação da práxis social *em relação* à ciência *através* da ciência” (BECK, p.337, 2016).

Neste artigo enfocarei duas situações que condensam bem esta questão da tensão entre a autonomia e os desejos divergentes do ideário da humanização em relação aos riscos fisiológicos, destacando que ela permeia todo o serviço em algum nível: as negociações em torno da anestesia e o procedimento para a expulsão de fetos que morreram no útero.

Fissuras e analgesias

Boa parte da pedagogia para o parto se refere a como lidar com a dor, como suportá-la, indicando tecnologias entendidas como leves para manejá-la como: massagens; posições; acessórios (como a bola de pilates); recursos (como a imersão em água morna e aroma terapias); ou ainda dinâmicas corporais que fariam o parto ocorrer mais rápido, como andar durante o trabalho de parto e se agachar nas contrações. Essas tecnologias visam oferecer outros caminhos e alternativas às tidas como intervenções mais pesadas para acelerar o parto, como ocitocina sintética, ou para o alívio da dor, como a analgesia.

A respeito da dor a discussão trazida por Díaz-Benítez (2015) sobre consentimento e fissura na produção fílmica da indústria do pornô de humilhação pode ser um paralelo útil, embora aparentemente distante. Analisando a produção destes filmes – nos quais há um contrato estabelecido entre as partes a respeito de como será a cena, mas que, diferente dos roteiros pornográficos *mainstream*, não comporta um script padrão pré-estabelecido, buscando construir um hiper-realismo no qual a espontaneidade da cena é valorizada – indica que essas produções comportam simultaneamente o consentimento e a possibilidade de *fissura* deste, bem como uma retomada ao consentimento. Os atos corporais e morais que visam à encenação da humilhação, pelas intensidades corporais com que são encenados, podem produzir efeitos de humilhação real. A dor física, o medo e o nojo são consensuados e contratados, mas a forma como são experienciados pelas atrizes podem transbordar as expectativas iniciais.

Embora partindo da análise destas produções, a autora destaca que a fissura não é um elemento circunscrito à produção comercial de cenas sexuais. Tal como Gregori (2010), aponta que a exploração dos desejos sexuais pode comportar as dimensões do prazer e perigo, constituindo “empreendimentos de risco” físicos e morais. Dessa forma, a fissura aparece como uma possibilidade para os atos sexuais consentidos reais, não apenas os do hiper-realismo pornográfico.

A fissura é, antes de tudo uma possibilidade. Se na humilhação a fissura se revela quase como um devir, é porque ela joga com e nos limites da sexualidade e porque, ao ser produzida por uma indústria, ela possui enorme valor comercial. Mesmo assim, as fissuras nem sempre acontecem.

Por sua vez, elas também podem vir a acontecer nos encontros sexuais mais corriqueiros e longe do mercado, como em nosso leito, inclusive se este evocar afetos e amor romântico. (DÍAZ-BENÍTEZ, 2015, p. 86)

Em um paralelo, o parto pode também ser pensado como um empreendimento de risco (GREGORI, 2010). Não o risco biomédico acionado no CPN constantemente, mas o risco de comportar em si estas dimensões do prazer e perigo, dor e limites. Mesmo entre aquelas que têm parir enquanto um projeto, ou seja, consentindo com a dor, a experiência vivenciada pode comportar a fissura deste consentimento.

A fissura “Seria um movimento, que no plano do ordinário foge de certos limites do aceito [...] e que também tem a capacidade de se refazer, dependendo das características afetivas dos envolvidos.” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2015, p.80). Enquanto nos filmes de humilhação a fissura é valorizada e produzida comercialmente, se configurando como um “descontrole controlado” (DÍAZ-BENÍTEZ, 2015, p.79), o parto está longe de objetivar a humilhação, no entanto dentro de suas pedagogias a fissura também é um elemento considerado parte potencial do processo.

É previsto um momento nomeado de “*hora da covardia/do arrependimento*”, no qual a mulher pode chegar a tal ponto de dor e exaustão no qual não acredita que irá conseguir, que não é capaz, chegou ao seu limite e seu corpo não aguenta mais, que vai morrer. Este momento é colocado como uma parte do processo para o qual elas também devem estar preparadas, devendo impor a racionalidade do seu projeto de parir naturalmente à irracionalidade produzida pelas intensidades do momento. Nesse ponto a equipe de apoio aparece como fundamental: companheiros, doulas e equipe de assistência devem atuar como os guardiões do projeto de parto, muitas vezes incumbidos pelas próprias da tarefa de não as deixar desistir, lembrá-las de seu desejo e fazê-las retomar a crença em seu corpo e sua capacidade.

Este momento de fronteira entre a expectativa consensuada e a experiência vivida é identificado como ocorrendo também em um momento de fronteira do trabalho de parto: a transição entre a fase ativa e o período expulsivo. Sua constatação pode aparecer como um elemento de percepção da evolução do trabalho de parto. Apesar do vocabulário que nomeava “*hora do arrependimento/covardia*” não ser acionado pelas enfermeiras da Maria Amélia, elas identificavam o incremento de manifestações de dor, em conjunto com as falas de que

esta seria intolerável, como um sinal de que o nascimento estava próximo. A nomeação deste momento podia aparecer nas salas de parto que observei quando trazida por mulheres e doulas ligadas aos discursos do ativismo pela humanização. As doulas e demais profissionais da assistência argumentam no sentido de contornar essa fissura. Nomear este momento na pedagogia anterior permitia que elas o acionassem como explicação sintética na hora em que se apresentasse e o transformassem em incentivo *“na hora em que você estiver achando que não dá mais é porque tá dando, está perto de acontecer”*.

Estas negociações são delicadas, por se tratar de uma situação que já pressupõem alguma ausência de racionalidade, traz consigo a possibilidade de fissura e autoriza o reconhecimento, tendo que comportar em si a sensibilidade para a percepção da “fissura da fissura”, ou seja, o momento em que o consentimento realmente foi rompido e aquela mulher mudou de ideia, mesmo que isso possa significar algum arrependimento posterior.

Nos grupos de gestantes ligados a humanização, fissuras e *“fracassos”* podem ser equiparados. Como conversei entre colegas que também estudam o tema do parto¹, as mulheres que participam destes grupos e por algum motivo acabam em uma cesárea raramente retornam ao grupo para relatar sua experiência às demais, devido a essa sensação de incapacidade.

Em uma ocasião em que compareci a um desses grupos, em 2014, presenciei uma rodada de relatos de parto, feitos por casais. Em um deles a mulher estava visivelmente embaraçada ao contar que *“aos nove centímetros não aguentei e pedi a analgesia”*. Já faziam quase três meses de seu parto e, ao contrário da satisfação com que as demais contavam terem conseguido parir, ela se mostrava envergonhada: era como se tivesse conseguido, mas entre aspas. A doula que a acompanhou comentou a situação *“Acho que dava para você ter conseguido evitar a analgesia, mas você estava muito sem reação. Tentei te dar uma agitada, mas você estava muito prostrada”*, indicando que haveria uma forma de contornar a situação, que teria dependido daquela mulher tomar a atitude apropriada, o que serviria para as que ainda estavam esperando o próprio parto como uma pedagogia moral de como agir, mas não atuaria no acolhimento daquela mulher. O marido também agia no sentido de estar decepcionado com a falta de força de vontade da esposa, definindo que ela *“fraquejou”*, sem que nenhuma das presentes o censurasse por isso.

Diferente da narrativa deste casal, nos relatos de parto as fissuras costumam ser

¹ Neste caso, Marina Nucci.

apresentadas, muitas vezes enfaticamente, mas ocupam naquele espaço um papel de “história de superação”, o da fissura que foi contornada e o parto que ocorreu como se queria, indicando momentos em que analgesias ou cesáreas foram pedidos e deixados de lado. Nesses casos, se trata de relatar as fissuras já entendidas como parte do processo, que são contornadas ao consentimento, e não as fissuras dentro da fissura, como seria o caso da mulher no grupo de gestantes que efetivamente recorreu à analgesia.

Conforme Moulin (2008) aborda, enfocando as mudanças da medicina no século XX, a questão da dor e sua suspensão não seguiu uma progressão linear ao longo da história: desde a medicina antiga já se conhecia as propriedades analgésicas de certas plantas, como açafraão da terra, beladona e mandrágora, bem como a medicina árabe fazia um amplo uso de opiáceos. Elementos que a autora contrasta com a indiferença ao tratamento da dor em um passado recente “A cirurgia, e não somente a cirurgia de guerra, desenvolveu-se exigindo das pessoas operadas um verdadeiro estoicismo, inclusive no começo do século XX.” (MOULIN, 2008, p. 45). No início do século XX, a anestesia e a assepsia permitiram um avanço espetacular da cirurgia e avanços na própria constituição das anestésias foram ocorrendo, permitindo associar a combinação de três substâncias distintas² de acordo com a necessidade da intervenção.

A experiência da anestesia banalizou-se no século XX. Acompanha sempre com mais frequência pequenas intervenções, e sob formas ambulatoriais. A familiaridade com a anestesia reforça a não aceitação da dor operatória. Não demorou para que se esquecesse o risco, que não é, no entanto, nulo: ocorre uma morte a cada 8.000 intervenções. Os cirurgiões tendiam durante muito tempo a minimizar ou até esquecer a dor de seus pacientes. Com mais razão ainda, a das parturientes, considerada uma dor fisiológica, se não ligada a maldição bíblica. Em 1847, assim se exprimia Magendie: “A dor tem sempre uma utilidade. Que aconteceria à mulher em trabalho de parto se lhe fossem suspensas as dores necessárias para levar o parto a bom termo?”

[...]

Ao longo das duas últimas décadas, a anestesia peridural, que já se

² “[...] a morfina e seus derivados atenuam a dor; um barbitúrico (o pentotal, descoberto em 1934) garante a hipnose; e um veneno bem conhecido, o curare, natural ou sintético, proporciona o relaxamento muscular” (MOULIN, 2008, p.47).

conhecia, aliás, desde a Primeira Guerra, foi utilizada para dissipar as dores ligadas a expulsão do recém-nascido. Consiste em injetar um anestésico no líquido céfalo-raquidiano entre duas vértebras, provando a insensibilização eletiva da parte inferior do corpo. Constituiu objeto de acalorados debates sobre a legitimidade de uma intervenção que visa exclusivamente a dor, indicando bem a escolha social subjacente à decisão. (MOULIN. 2008 p. 48-49).

No Brasil hoje a analgesia no parto é um direito da mulher, apesar de ainda esbarrar em dificuldades materiais das instituições hospitalares, como falta da substância ou do profissional para aplicá-la. Para além disto, o racismo institucional marca as possibilidades de acesso ou negativas ao recurso, tal como o movimento negro e autoras que trabalham com o tema apontam: os partos das mulheres negras contam menos com analgesia (COROSSACZ, 2009), bem como dentre elas é maior o índice de violência obstétrica (PULHEZ, 2013), uma vez que seus corpos foram historicamente tratados pela medicina como mais resistentes a dor, de modo que o sofrimento destas é menos reconhecido. No CPN a questão que aparecia mais forte era a da analgesia que, sendo uma intervenção, precisava tanto de indicação para ser feita quanto ocorrer no momento entendido como certo, de acordo com o conhecimento construído da MBE.

Vanessa, 35 anos, primeiro filho, chegou ao CPN com o marido. Era um casal de classe média que havia escolhido ir para lá devido à proposta de humanização. Vanessa estava então com três centímetros de dilatação e assim que chegou declarou *“estou na hora do arrependimento”* e relembrou da prima que havia feito uma cesárea: *“Ai, eu tô na fase do arrependimento. Sabe que minha prima fez cesárea em um lugar que no pacote vinha fazer unha e cabelo? Depois da cirurgia eles fizeram isso tudo, as fotos dela com as visitas na maternidade ficaram lindas.”*.

Havia nessa fala uma ironia bem humorada, indicando que naquele momento estava positivando elementos que outrora havia negado. Foi para o chuveiro e de lá disse: *“gente, eu vou querer a analgesia”*. Da forma como ela colocou a questão percebi o hiato entre a noção compartilhada nos grupos de gestantes presenciais e online *“a anestesia é um direito da mulher, caso seja demais vocês podem pedir”* e a forma como a analgesia era ali negociada. No desenrolar daquela tarde Vanessa foi percebendo que não bastava apenas pedir. Naquele momento já foi informada que sua dilatação ainda era muito pouca e que a

analgésia naquele momento seria contra indicada. Entende-se que, se ela for usada, deve ocorrer em etapas mais avançadas do trabalho de parto, aplicada em conjunto a ocitocina sintética, de modo a fazê-lo ocorrer mais rápido, de preferência no período de duas horas após a analgesia, de modo que não se necessite de novas doses. Mesmo com a ocitocina seria pouco provável que Vanessa passasse de três centímetros à dilatação total nesse curto período. Comento esse caso com Isabela, enfermeira obstetra:

Engraçado que até as mulheres que vêm, falam que participaram de grupo, nem todas vêm tão empoderadas. E é engraçado, não sei o que eles falam nesses grupos, eu nunca participei, mas elas vêm falando que não quer intervenção, mas que querem uma analgesia. Analgesia é a master das intervenções e ela puxa um monte de outras coisas né? Não se faz analgesia de bolsa íntegra, não se faz analgesia sem colocar ocitocina, aí já vem aquela cascata de intervenção. Quanto mais cê mexe mais tem chance de dar tudo errado. De acabar aonde? Numa cesárea, que não é uma cesárea indicada. (Isabela, enfermeira obstetra)

Analgésia negada neste momento, o trabalho de parto de Vanessa prossegue. Ela anda pela sala, busca novas posições, rejeita quanto a enfermeira ou o marido tentam massageá-la, ou simplesmente tocá-la, diz que isso lhe provoca mais dor. Enquanto as massagens são aliadas de boa parte das mulheres no manejo das dores, algumas se mostram extremamente incomodadas com elas e essa rejeição diminui os recursos da assistência. A fissura do projeto de parto estava colocada, motivada principalmente pela dor sentida como muito maior do que a possivelmente imaginada.

Vanessa falava ao marido “*cara, isso é tortura*”, ao que ele respondeu seguindo os ensinamentos para o parto de nem negar nem negatizar a dor “*não é tortura, amor. É parto.*”. Fátima, enfermeira obstetra de outra maternidade também estava presente no parto, por motivos que não poderei me estender nesse momento. Ela já conhecia Vanessa anteriormente e assim como o marido buscava negociar com ela o retorno ao consentimento, quando a mulher passou a pedir a anestesia mais enfaticamente. Vanessa estava em pé de um lado da cama, as duas mãos sobre ela, inclinada para frente e projetando o quadril para trás. Fátima se apoiou na outra lateral, agachando de modo a olhar Vanessa de baixo, lhe falando suavemente e buscando transmitir empatia:

Eu sei que o seu trabalho de parto está difícil, flor. Normalmente a dor vai num crescente, começa aos poucos e vai aumentando. A sua não, veio com tudo, desde cedo, quando você tava com um de dilatação. Eu sei que tá difícil e doendo há muito tempo. Mas você tem que pensar que agora não é uma boa hora pra fazer a analgesia, tá muito cedo, pode estagnar o seu trabalho de parto, pode precisar de mais intervenção. O ideal seria esperar até pelo menos seis [centímetros de dilatação]. (Fátima, enfermeira obstetra de outra maternidade)

O reconhecimento que ela professa da existência e intensidade da dor de Vanessa difere de outros momentos nos quais a assistência demonstrava a expectativa de que as mulheres manifestem mais a dor em etapas mais avançadas do trabalho de parto. As que a manifestam mais cedo são vistas como potencialmente problemáticas “*se ela já está assim agora que nem é trabalho de parto imagina quando for?*”. Fátima formulava que a dor pode se apresentar de maneiras distintas, combinando com Vanessa que iriam chamar a equipe médica para fazer avaliação para a anestesia. A respeito do reconhecimento da dor, Márcia, enfermeira *staff*, ao relatar o que a motivou a seguir a carreira, pontuou:

*Porque durante a formação, o que eu mais gostava era isso e pelo jeito com que muitas mulheres eram tratadas, como se fosse doente mesmo, como se sofresse de alguma doença. **Ou então não sofresse de doença: como não era doença elas não deveriam sentir dor, então você não sente dor, só está em trabalho de parto, vai ter um filho, você não tem dor.** Então a discriminação era gritante antigamente, em 2009, era horrível, era deitada mesmo. Eu nunca passei por parto, eu nunca tive filho, mas eu achava aquilo ali um absurdo, não, não é assim. E eu tinha minhas professoras lá da faculdade que falavam uma coisa totalmente diferente, quando eu fui pro [...] junto com uma delas eu vi que, nossa, pode ser diferente. Nem todas eram diferentes, mas as cuidadas por ela eram diferentes. Não pelas outras, pela equipe médica, mas por ela, ela cuidava diferente. Era um olhar diferenciado, mais cuidadoso, com mais humanização. Humanização mesmo, no falar e no ouvir e foi por isso que eu fui gostando. (Márcia, enfermeira obstetra – grifos meus)*

O apontamento de Márcia resvala para uma questão que também aparecia ali, não no

decorrer de todo o trabalho de parto, mas na identificação que as etapas iniciais não comportariam a dor, ou a dor excessiva. A enfermeira indica que a postura humanizada seria, acreditando na fisiologia do parto, não negar a dor; que o fato de ela ser fisiológica não implica que não exista e que não deva ser considerada relevante.

Se a dor já é uma questão delicada dentre aquelas que passaram pela preparação e pedagogia para o parto dos grupos de gestantes humanizados, se recoloca com outros contornos para as mulheres que chegam para ali parir sem terem tido contato com essa resignificação da dor. Gabriela, quando lhe perguntei a respeito de se com o passar do tempo as profissionais da área “endurecerem”, destacou a dor como um elemento central nesse processo e que distingue a atuação da enfermeira obstetra da generalista:

No caso do parto, você vai cuidar de pessoas que estão sentindo dor. Então acho que é um contexto mais frágil ainda do que, por exemplo, cê tá cuidando de um adulto que fez uma cirurgia, tá se recuperando. É uma pessoa que não está sentindo aquela dor, aquela angústia que muitas mulheres chegam aqui sentindo na hora do parto. Então eu acho que com o tempo você vai ficando menos paciente pra esse processo, sabe. Que requer paciência, de fato, requer você ali inteira, porque suga a sua energia, suga. Tem dias que eu chegava em casa morta, sugada. Você tem que estar ali o tempo todo passando tranquilidade, paciência pra aquela pessoa, motivando ela. São mulheres que você tem que convencer, por exemplo, a mulher tá lá dizendo ‘eu vou morrer, eu vou morrer, eu sei que eu vou morrer’. E você tem que estar com toda a paciência ‘não, não vai morrer, pensa positivo’. Você tem que criar um clima positivo naquele cenário em que a mulher está negativa, está com dor, que o acompanhante está nervoso, ansioso, mais ansioso do que a própria mulher. Porque a gente não cuida só da mulher que tá parindo, a gente cuida também do acompanhante, do bebê, do cenário, de todo o contexto. (Gabriela, R1)

A analgesia é um procedimento que marca a passagem do parto de baixo risco a alto, o que no caso da assistência praticada na Maria Amélia significa se o parto ficará a cargo da equipe de enfermagem ou médica, comportando assim diversas tensões: caso as enfermeiras entendam que é o desejo da mulher ter um parto normal, ceder a assistência à equipe médica abre a para a potencialidade de ele não ocorrer ou ocorrer com mais intervenções do que elas fariam; além disso, o momento pode comportar uma tensão entre as equipes de assistência,

caso seja lido que elas estariam apenas tentando “*passar o serviço*” quando não haveria indicação.

Representa ainda o fracasso na negociação da dor, que a equipe não conseguiu através do diálogo dissociá-la do sofrimento. Na opinião de Isabela muito dessa dificuldade se deve ao afastamento da experiência da dor na vida moderna, tal como desenvolvem autores como Duarte (1998) e Le Breton (2004). Segundo ela, na expectativa da dor o imaginário da analgesia é muito forte e, pela sua circulação em serviços como casas de parto, indica que quando a analgesia não é uma possibilidade as mulheres se mostram mais abertas a outras formas de gerir a dor. Esse apontamento também indica um dos porquês de as negociações em torno analgesia serem demoradas: ganhar tempo para apresentar alternativas e fazer as mulheres desistirem da demanda.

A mulher vem pra cá, às vezes, vem toda empoderada, participou de várias coisas. Vem com dor, e aí ela desespera: ela quer uma intervenção, ela quer um remédio, ela quer uma anestesia. E aí ela sabe que aqui tem médico e tem anestesista, então ela quer. Mas se ela estivesse numa casa de parto, ela ia lidar com a dor de forma diferente. Porque ela sabe que ali não tem médico, ela sabe que tem outras formas de aliviar a dor. Então é igual mulher que tá em casa, que planeja o parto domiciliar, o pensamento dela de lidar com a dor não é uma analgesia – tem que ser né, porque ela não vai ter uma analgesia em casa. Se ela for para um lugar que não tiver um acesso tão fácil assim às vezes poderia estar aberta a outras possibilidades. Porque tem mulher que começou a contrair mesmo ela já desespera e vem com o discurso que é direito da mulher parir sem dor. Só que tem que mostrar que a dor faz parte do trabalho de parto e que a gente é acostumada à dor da doença, mas é outra dor, que não é doença é da vida. [...] Elas já vêm seguras da dor e pensando “eles vão me dar uma analgesia, eu vou tentar, mas se não aguentar eles vão me dar a analgesia. Lógico que eu quero a analgesia”. (Isabela, enfermeira obstetra)

O acordado com Vanessa naquele momento foi que seria feito um exame de toque para a avaliação de se já era possível realizar a analgesia. A expectativa era que a dilatação tivesse avançado e pudessem conceder a vontade de Vanessa, porém foi verificado que ela estava apenas com quatro centímetros, iniciando uma nova rodada de negociações, nas quais a parturiente saiu vitoriosa. Determinado que a assistência passaria para a equipe médica

encerrei meu dia de campo. Logo que reencontrei a enfermeira que estava naquela plantão perguntei sobre o desenrolar daquele trabalho de parto, ela me informou com algum pesar que após a analgesia ocorreu o que elas haviam previsto: o trabalho de parto estagnou e ao final da madrugada acabou no centro cirúrgico. Desfechos desse tipo reforçavam a percepção dos perigos em torno da analgesia.

Ao comentar uma situação em andamento Daiane, R2, indicava, assim como Fátima, a existência de formas diversas da dor se apresentar, que seriam mais fáceis ou difíceis de lidar:

Ela está reclamando de dor no pé da barriga. Essas muitas vezes são as que acabam indo pra anestesia, porque é uma dor que dói o tempo inteiro, não só durante a contração, que vem e passa. O bebê desde cedo forçando ali pra baixo dói continuamente e elas acabam não aguentando e descompensando. (Daiane, R2)

“*Descompensada*” era o termo que agia como diagnóstico que tornaria a mulher apta a avaliação para a analgesia, que uma vez feita em geral era concedida. Era a forma de designar as mulheres que choravam, se assustavam extremamente, ficavam agressivas, pareciam alheias ao ponto de não escutar o que lhes era dito, em suma, uma soma de sinais que indicariam que elas haviam saído da esfera da racionalidade. Tal abordagem parece dialogar com o método de Lamaze:

Os lamazistas pregavam que a preparação da gestante para o parto lhes permitiria não perder o controle das emoções, sobretudo durante o trabalho de parto, ocasião em que uma grande parte delas padece de fortes dores. A ideia era devolver às mulheres seu protagonismo no parto e libertá-las do peso do imaginário católico-cristão sobre suas mentalidades, de tal forma a fazerem-nas perder a capacidade de suportar a dor. As dores do parto eram vistas como passíveis de controle, apaziguamento e até mesmo de substituição por sensações de prazer, desde que as mulheres fossem educadas, de forma racional [...] (TORNQUIST; SPINELLI, 2010 p. 136)

Essa é a tensão das pedagogias do parto, o jogo constante entre corpo e mente, razão e emoção e qual dessas deveria ser a esfera predominante, construindo um caminho do descontrole controlado, um entendimento racional do processo para então poder

positivamente se entregar a ele. O *descompensamento* seria cruzar essa linha das emoções positivadas e da possibilidade com acionamento da razão. Pedagogia que muitas vezes naquele contexto não havia ocorrido anteriormente, devendo acontecer na própria sala de parto. Assim como no caso do xamã descrito por Lévi-Strauss (2008), para a dor ser suportada ela precisa ser dotada de sentido. Sem a possibilidade do diálogo racional não havia para as enfermeiras formas de contornar as fissuras – ocorridas durante o parto ou anteriores a ele – de modo que o recurso à analgesia era acionado, embora não sem desconforto de que aquelas mulheres estariam abrindo mão da experiência do parto. Como ouvi de uma delas: “*Ela tava lá causando até a pouco, chorando, xingando. Agora tomou a analgesia e tá lá, deitadinha na cama, rindo, conservando pelo What’sApp*”.³ *Nem parece que tá parindo*”.

Perdas fetais: o caso dos feto mortos

A avaliação informal das residentes passava pela constatação de sua disposição para o trabalho, ser “fominha”, que não implica apenas uma pró-atividade para atuar nos partos, mas uma busca e vontade por ver procedimentos diferentes dos usuais, aproveitando as situações que apareciam. Tais momentos podem conter elementos um tanto mórbidos. Certo dia, cheguei ao setor e encontrei todas consternadas, pois havia chegado um caso de violência sexual contra uma menina de apenas 11 anos, estuprada no caminho para a escola. Ela estava ali para passar por um procedimento de reconstrução vaginal no centro cirúrgico. Enquanto comentávamos o caso e as condutas que seriam seguidas, chega uma residente, muito entusiasmada, pois acompanharia o procedimento no centro cirúrgico. Embora seu entusiasmo tenha destoado do clima das demais, ela não foi censurada e seguidamente se solidarizou também com a situação. De forma semelhante, poucos dias depois as residentes comentavam no vestiário que Érica tivera a sorte de acompanhar o mesmo tipo de procedimento no CCO, ao que a enfermeira desse setor ponderou, buscando amenizar o tom de entusiasmo que elas demonstravam: “*Bom pra ela, né. Ruim pra mulher que teve de passar por isso.*”⁴

³ Aplicativo de mensagens para *smartphones*.

⁴ Embora essas atitudes me parecessem um tanto insensíveis, tive de reconhecer que eu mesma havia me referido à situações dramáticas como “que sorte eu tive de estar em campo naquele dia!”. Assim como as residentes,

De forma semelhante, as reações aos “nascimentos” de fetos mortos (FM), compunham as dimensões de curiosidade e reprovação. No final de um plantão ouço uma mulher chamando: *“Tá nascendo aqui”* e todas correm para o leito extra de onde veio o grito. Apenas Érica permanece no posto, dá de ombros e comenta com algum desdém *“Todo mundo correndo pra ver aquele feto morto...”*⁵. O próprio status de pessoa dos FMs possuía uma linha divisória protocolar, indicada em um comunicado fixado no interior do posto de enfermagem que determinava que abaixo de determinado comprimento e peso eles seriam *“peças anatômicas”*. A curiosidade não era impeditivo para que as perdas fetais ou violências fossem sentidas com pesar, principalmente nas primeiras vezes que experimentadas pelas residentes, que relatavam como foi difícil lidar com primeira vez que se viram na situação de dar a notícia a uma mulher, ou participaram do procedimento de indução para expelir um FM.

A classificação de baixo risco atua como um elemento que auxilia as enfermeiras a não lidarem diretamente com as mortes neonatais, algo muito imprevisto teria de ocorrer para que elas fizessem um parto no qual o bebê nascesse morto. Porém, elas atuam na assistência indireta em casos que podem envolver mortes, como no caso dos FMs, no qual auxiliam no procedimento.

Em relação aos processos de indução dos FM, destaco que me chamou a atenção que seja efetuados nos leitos extras, área de enfermaria do setor, na qual as camas são separadas apenas por biombos. Ou seja, sendo um procedimento de indução, que pode demorar um tempo mais longo do que um trabalho de parto, são tratados como uma simples indução do parto, ocorrendo na mesma área. A ausência de privacidade coloca mulheres que perderam seus filhos lado a lado com aquelas que aguardam os nascimentos dos seus, ouvindo os choros dos recém-nascidos do setor. A administração da temporalidade do setor certamente é um elemento que conta para essa distribuição espacial, uma vez que caso fossem realizados em salas de parto poderiam ocupá-las por dias. Após o procedimento elas são encaminhadas para enfermaria do terceiro andar, não ficando no alojamento conjunto junto às puérperas. No

entendia que situações tristes e trágicas ocorrem, de nada adiantaria agir como se não, e nossos trabalhos se enriquecem ao ter contato com elas.

⁵Não vi nenhum procedimento envolvendo os FMs, pois o espaço dos leitos extras era mais restrito, ficava tumultuado, e era um procedimento sob comando da equipe médica, uma vez que envolvia o processo de indução. Além disso, realmente não era algo que eu gostaria/fazia questão de ver, uma vez que, além de mortos, o FMs em geral possuem idades gestacionais menores, estando em um estado de desenvolvimento precoce e, portanto, mal formados – elemento que aumentava a dose de curiosidade que eles encerravam.

terceiro andar ficam em salas separadas das mulheres em trabalho de parto e junto com as que passaram por situações do tipo, como abortos. Ao menos esse foi o procedimento protocolar que me informaram, não estive na enfermaria do 3º andar de modo que não pude observar como se dá essa dinâmica.

Essa questão de como lidar com as mulheres que tiveram perdas fetais ou neonatais vem sendo pautada pelo movimento da humanização, enfatizando o cuidado emocional que elas necessitam não apenas em não se menosprezar o impacto emocional dessas perdas, mas também no gerenciamento hospitalar adequado a elas, pleiteando que sejam alocadas em áreas distintas as das mulheres em trabalho de parto ou com bebês e que se evite que elas tenham de responder qual é a sua situação cada vez que algum profissional entra em cena, ou à pergunta ainda mais desavisada: “*cadê o seu bebê?*”.

Em uma semana em que ocorria uma indução de um FM já há alguns dias, eu conversava com Talita, *staff*, a respeito, perguntando o porquê de nesses casos se optar por um procedimento mais demorado do que seria o recurso cirúrgico:

Cara, perda neonatal é muito difícil. Porque você não tem o que falar praquela mulher. Diferente do parto que aquela dor que ela tá sentindo vai trazer o filho pros braços dela, nesses casos a dor não tem recompensa nenhuma, só leva a concretização de algo muito triste. Essa [a opção pela indução] era uma coisa que me custava a entrar na cabeça, foi realmente muito difícil acompanhar e entender porque as mulheres tinham que passar por aquilo dessa forma. Mas aí eu entendi que o risco de proceder com uma cesárea nesses casos é muito maior, ainda mais do que o de uma cesárea normal. Porque o bebê já morreu lá dentro, já tem um processo de putrefação, então abrir ali torna o risco de infecção muito maior. Aconteceu com uma enfermeira que trabalhava aqui, ela estava grávida de 31 semanas e sentiu o bebê parar de mexer, no dia seguinte veio aqui e fez uma ultrassom que confirmou o óbito. Ela não quis nem saber, insistiu que queria resolver o mais rápido possível, que não poderia passar por tudo aquilo e fizeram nela o procedimento cirúrgico. Ela sabia dos riscos e mesmo assim preferiu eles a passar por todo o sofrimento. Super entendo a posição dela e como ela conhecia todo mundo aqui, todo mundo se solidarizou e ela conseguiu. Se fosse comigo eu não sei o que faria também. (Talita, enfermeira obstetra)

Como se pode perceber, o caminho escolhido se relaciona com a noção de risco, priorizando os riscos fisiológicos aos riscos emocionais – como em diversos outros procedimentos. Porém esse processo não se dá sem a percepção dessa ambiguidade. Talita mesmo relata a dificuldade em conseguir compreender o porquê de os riscos fisiológicos serem priorizados.

O caso da enfermeira que optou pela cesárea revela uma solidariedade estendida à colega, como um reconhecimento local de que os aspectos emocionais e de escolha informada devem ser levados em conta. Ela ser uma profissional da saúde implicava na leitura de que ela seria capaz de fazer uma escolha que, mesmo com grande carga emocional, era informada dos riscos possíveis, habilitando-a a escolher. Capacidade de entendimento que talvez não fosse estendida às demais mulheres na mesma situação.

O fato de que ela que pôde pleitear uma opção não disponível às outras mulheres traz a problemática dos privilégios obtidos pela pessoalidade das relações. O caso da conduta diferencial seguida ao se tratar de uma colega revela a noção de “abrir uma exceção”, de excepcionalidade. Realizar apenas um procedimento com risco aumentado produzia um pequeno incremento no risco de elevar a mortalidade materna da maternidade, realizá-lo de modo padrão aumentaria muito o risco de elevar essa taxa. Prevaleceram no caso as relações de afeto e identificação entre os profissionais do setor, que gostariam eles próprios de serem tratados com tal excepcionalidade.

Enquanto em relação a indução do FMs os riscos fisiológicos eram priorizados em detrimento dos emocionais, uma situação inverteu isso de um modo que para mim foi quase incompreensível: um casal na 30ª semana de gestação, inicialmente a mulher havia sido diagnosticada com diabetes gestacional, porém ali havia se levantado a suspeita de que ela já fosse diabética anteriormente, apesar de a doença ter estado até então invisível. No dia anterior havia sido feito um ultrassom que indicou que o bebê poderia não estar bem e foi indicada a interrupção da gravidez. Na manhã do dia em que estávamos o exame foi repetido e indicou que o bebê estava bem. O casal insistia em antecipar o nascimento. A mulher estava particularmente ansiosa, pois queria saber logo se era ou não diabética, tal como Ludmila me explicou:

L: Ela ficou abalada né, uma coisa é diabetes gestacional, que passa quando o bebê nasce. Outra é descobrir que você vai ter a doença a vida

toda. Ela tá pensando que quanto mais rápido nascer mais rápido ela descobre isso. E também não ajudou nada que o pessoal que fez o ultrassom ontem fez uma leitura negativa, foi alarmista, sendo que no de hoje deu que tava tudo certo. Eles já tão aqui faz tempo, tão querendo ir logo pra casa, ao invés de ela ficar aqui internada e tal.

S: Uê, mas eles tão achando que um bebê de 30 semanas vai nascer, ficar dois dias aqui e ir pra casa? Não é muito mais provável que eles tenham de passar mais algumas semanas aqui, dessa vez com um filho internado na UTI?

Como visto na minha reação, o dilema todo que foi armado não fez o menor sentido para mim, que me vi pensando “não faz sentido fazer um bebê nascer prematuro só porque o casal quer”, considerando tanto que seria um sofrimento desnecessário ao bebê quanto oneroso à gestão dos recursos, na qual a internação em UTI representa tanto um gasto financeiro como a possibilidade de ausência de vagas para um bebê cuja internação não pudesse ser evitada. Já a assistência reconheceu que foram os próprios desencontros diagnósticos que produziram a tensão então colocada, causando sofrimento e angústia, de modo que estes não poderiam ser ignorados. Diversas pessoas de ambas as equipes conversaram com o casal, buscando acalmá-los e dissuadi-los, mas a equipe médica não considerou que caberia uma postura taxativa de “sem indicação não há porque antecipar o nascimento”. A mulher estaria inclinada para dar continuidade à gestação, apesar de incerta devido à questão da diabetes, enquanto o marido entendia que a vida do filho estava em risco e que ela deveria ser interrompida, trazendo para a situação essa tensão também entre o casal. O desfecho do caso foi realmente a interrupção cirúrgica da gravidez, porém não soube quanto tempo o bebê permaneceu na UTI.

Conclusão

Não são apenas as situações mais extremas, relacionadas à vida ou morte, que trazem essa tensão entre a priorização dos riscos fisiológicos em detrimento dos aspectos emocionais: o serviço como um todo se equilibra sobre essa linha tênue de *“humanização é o que a mulher quer ... mas a gente não pode fazer isso”*. De pedidos por intervenções que são aceitos dentro do que se compreende como uma assistência humanizada informada pela

MBE, mas que possuem indicações específicas para serem realizados - como os para amenizar a dor, como uma analgesia, ou para acelerar o nascimento, como a ruptura de bolsa amniótica - até os mais condenados, como a episiotomia e a manobra de Kristeller: todos esses eram demandados pelas mulheres em sala de parto. Pedidos que exigiam das enfermeiras jogo de cintura para evitar os vistos como mais prejudiciais e conceder os mais inocentes.

Há pouco espaço para os desejos que não sejam convergentes com o “respeito do tempo do parto”, “deixar o parto acontecer”. Tal situação está inerentemente ligada à disputa que a humanização instala no campo (BOURDIEU, 1990) da obstetrícia:

“Partimos do pressuposto de que a obstetrícia é um campo marcado por disputas políticas, mas que as vanguardas obstétricas não rompem com as linhas mestras que compõem o campo da medicina moderna (no sentido bourdieusiano), campo de saber central no dispositivo do biopoder, portanto ocupam o lugar de importantes críticos do interior, instigantes para pensar tanto nas relações internas a biomedicina como nas conexões entre esse campo, já que o campo científico é, inevitavelmente, atravessado de relações de poder (Bourdieu, 1986), aspecto favorecido pelo recorte temporal aqui adotado.” (Tornquist; Spinelli, p. 130, 2010)

Como elaboram as autoras, esta disputa não rompe com as linhas mestras do campo. Argumento inclusive que sequer poderia romper, ao menos não enquanto não se tornarem o grupo com maior força política dentro do campo. Ao negociar com os estabelecidos do campo (ELIAS;SCOTSON, 2000) a partir de uma posição minoritária, defensores da humanização buscaram o solo comum a partir do qual poderiam legitimar suas posições. Optaram por se afastar dos argumentos demasiadamente elogiosos à um estilo de vida mais associado a natureza e investiram no argumento científico: por um lado atacando que os mesmos adversários que valorizam a ciência não a praticariam verdadeiramente, operacionalizando dela apenas um simulacro enganoso; pelo outro, se construindo como os verdadeiros expoentes da ciência, cuja as proposições foram construídas através de rigorosos métodos científicos.

Tal estratégia possui uma grande potência de ganhos, porém coloca em segundo plano a esfera da autonomia da mulher, também parte do ideário. Elemento que mobiliza o ativismo de mulheres e se associa aos direitos reprodutivos - outra esfera que legitima a humanização. Radicalizando o argumento apenas para efeitos de reflexão, caso a MBE saia plenamente vitoriosa a humanização seria completamente descaracterizada. Em última instância a questão se resumiria apenas a qual corrente ditaria à mulher o que deveria ser feito do corpo dela.

Referências Bibliográficas

- BECK, Ulrich. Sociedade de risco. São Paulo: Editora 34, 2016.
- COROSSACZ, Valeria R.. O corpo da nação. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2009.
- DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no Ocidente. Horizontes Antropológicos – corpo, doença e saúde. Ano 4, nº9, 1998.
- LOPES, A.A. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. In: Revista da Associação Médica Brasileira, 2000; 46(3).
- DÍAZ-BENÍTEZ, María Elvira. O espetáculo da humilhação, fissuras e limites da sexualidade. In: Mana 21(1): 65-90, 2015.
- ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000
- GREGORI, Maria Filomena 2010. Prazeres perigosos: erotismo, gênero e limites da sexualidade. Tese de livre docência, Departamento de Antropologia, Universidade Estadual de Campinas.
- LE BRETON, David. Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral, 2004.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. *A eficácia simbólica*. In: Antropologia Estrutural. São Paulo: Cosac Naify, 2008b.
- MENDONÇA, Sara S. Parir na Maria Amélia: uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca. 2018. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. In: Historia do corpo, 3. As mutações do olhar: O século XX. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013.

TORNQUIST, C. S; SPINELLI, C.S. Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor no sul da América do Sul. In: História oral, v. 12, n. 1-2, p. 129-156, jan.-dez. 2009.