

## Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil

Re-signifying pain, overcoming loneliness: childbirth experiences among working-class adolescents in a public maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil

Cecilia McCallum <sup>1,2</sup>  
Ana Paula dos Reis <sup>2</sup>

### Abstract

*This article examines childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Bahia, Brazil, from the perspective of young and adolescent women, mostly black and working-class. As an anthropological study, it is based on the analysis of birth narratives and hospital ethnography, especially in the obstetric ward. The women describe labor as dominated by fear, loneliness, and pain. These feelings are transformed into love with the birth of the child. Viewing childbirth as a biosocial process, the authors show how the young women construct meanings during the birth; meanwhile, social interactions specific to hospital birth develop, particularly with healthcare professionals. Symbolically, women construct birth as a rite of passage legitimating motherhood, against the institution's effective de-legitimization of sexual reproduction in low-income black mothers and stigmatization of adolescent motherhood.*

*Parturition; Pregnancy in Adolescence; Social Class*

<sup>1</sup> School of Social Sciences,  
University of Manchester,  
Manchester, U.K.  
<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva,  
Universidade Federal da  
Bahia, Salvador, Brasil.

#### Correspondência

A. P. Reis  
MUSA – Programa Integrado  
de Pesquisa e Cooperação  
Técnica em Gênero  
e Saúde, Instituto de Saúde  
Coletiva, Universidade  
Federal da Bahia.  
Rua Basílio da Gama s/n,  
Salvador, BA  
40110-170, Brasil.  
paula@ufba.br

### Introdução

Como mulheres jovens e de classes populares experienciam o parto? A partir desta questão, interpretamos, neste artigo, depoimentos de 26 usuárias de uma maternidade pública em Salvador, Bahia, Brasil, à luz dos dados de um estudo etnográfico desse hospital, realizado entre 2002 e 2003. Nossa abordagem teórica, derivada da antropologia do corpo e da reprodução, toma o parto como um processo simultaneamente fisiológico, emocional, mental e social <sup>1,2,3</sup>. O registro dessa experiência no contexto enfocado fornece subsídios para a discussão sobre o modelo hegemônico de atenção ao parto, adotado no Brasil, bem como para as questões da “humanização do parto” <sup>4,5</sup>, do “acolhimento de usuários nos serviços de saúde” <sup>6</sup>, da “integralidade na atenção à saúde” <sup>7</sup> e dos “direitos reprodutivos” <sup>8</sup>.

A atenção ao parto nas unidades do SUS (Sistema Único de Saúde) tem negligenciado as orientações de organismos e legislações nacionais e internacionais, lideradas pela OMS (Organização Mundial da Saúde), que, após exaustiva revisão de trabalhos científicos, apontou para a necessidade de modificar o modelo obstétrico em vigor <sup>9,10</sup>. Na maioria dos hospitais e maternidades públicos, persiste um modelo em que os interesses institucionais sobrepõem-se às necessidades das parturientes, o que resulta na organização do serviço à semelhança de uma

“linha de montagem”, com cada etapa do parto realizando-se em tempo e espaços ordenados de modo a maximizar a eficiência e rapidez do serviço<sup>11</sup>. Trata-se de uma variação do modelo tecnocrático descrito por Davis-Floyd<sup>2</sup>, pautado em uma ideologia que enaltece a tecnologia e o saber médico, valorizando a intervenção sobre os corpos femininos. Isso explica por que as maternidades continuam adotando rotineiramente procedimentos tidos como danosos, como exemplos a proibição de alimentação durante o trabalho de parto, a exigência de tricotomia, a realização rotineira de episiotomia, a imposição de posição de litotomia, além da exclusão da presença de familiares e/ou amigos(as) do processo de parturição. É clara uma forte resistência institucional à mudança, nesse contexto<sup>4,12</sup>.

Diante disso, iniciou-se no Brasil, nos anos 80, o “movimento de humanização da assistência ao parto e ao nascimento”<sup>4,13,14</sup>. Crítico ao modelo tecnocrático e reivindicativo de um novo modelo de atenção, conforme as recomendações da OMS, esse movimento defendia a diminuição do uso de técnicas intervencionistas desnecessárias ou danosas no processo de parturição, além do respeito aos direitos reprodutivos das mulheres<sup>15,16</sup>; obteve maior adesão nas regiões Sul e Sudeste, em que algumas maternidades adotaram um novo modelo de atenção ao parto “humanizado”<sup>4,5,17,18</sup>. Na Bahia, observam-se poucas iniciativas neste sentido: maternidades e hospitais públicos continuam prestando uma assistência baseada no modelo obstétrico intervencionista. Por consequência, o processo de parturição torna-se sofrido, solitário e doloroso, particularmente para jovens e adolescentes em sua primeira experiência de maternidade, como mostraremos neste artigo.

### Métodos utilizados e caracterização dos sujeitos pesquisados

O material apresentado integra um estudo antropológico, cujo método etnográfico combinou técnicas qualitativas (observação participante e entrevistas) e quantitativas (um censo dos profissionais). Esta pesquisa realizou-se durante 2002 e 2003 no HMB (nome fictício), uma importante maternidade pública de Salvador. Aqui, analisamos somente dados obtidos mediante observação participante, além de 26 entrevistas semi-estruturadas com jovens que pariram no HMB. Destas, 13 tinham entre 15 e 19 anos (dez primíparas e três múltiparas) e 13 entre 20 e 24 anos (seis primíparas e sete múltiparas).

As características sócio-econômicas das entrevistadas são típicas da clientela do hospital: a maioria reside em bairros de classe popular, seus pais trabalham em empregos de baixa qualificação e suas rendas familiares variam de menos de um até seis salários mínimos. Com exceção de duas, todas se autocalificaram como morenas ou negras. Quanto à situação conjugal, a maioria das entrevistadas de 15 a 19 anos mantinha relações estáveis com o pai de seus bebês. No grupo de 20 a 24 anos, quatro primíparas eram casadas e viviam com seus maridos e uma era viúva. Entre as múltiparas deste grupo, seis eram casadas, duas viviam com marido e filhos e as demais viviam com familiares seus ou de seus parceiros.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA), e nas entrevistas foi utilizado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

### A experiência do internamento no HMB

As mulheres de classes populares em Salvador conhecem as dificuldades para obter uma vaga em uma maternidade pública. A insuficiência de leitos obstétricos disponíveis obriga-as a uma peregrinação pelos hospitais na busca de uma vaga, o que se torna dramático à medida que o trabalho de parto se intensifica. A expectativa é, sempre, de uma experiência sofrida. Entretanto, ao sentir suas primeiras contrações, Francine (19 anos) experimentou, simultaneamente, medo e alegria: “*Ao mesmo tempo eu ficava triste, por causa da dor, e ficava alegre porque ia ver minha filhinha*”. O medo é um tema freqüente nos relatos e surge de diferentes formas: medo da dor; medo de ser incapaz de expelir o bebê; medo da morte, de si próprias ou de seus bebês; também, em alguns casos, medo dos maus-tratos dos profissionais de saúde.

Diferentes estratégias são utilizadas pelas parturientes, com o objetivo de facilitar a admissão no hospital. A mais freqüente, sugerida pelos parentes, é que as jovens mantenham-se calmas e que não gritem, para não irritar os profissionais. Ao buscar atendimento no HMB, as parturientes atravessam uma pequena porta, localizada no *hall* de entrada, sempre monitorada por um segurança. Apenas profissionais do hospital e mulheres em busca de atendimento podem atravessá-la. Pais e parentes dos bebês participam do momento do internamento, mas a principal personagem desta cena é a própria mulher.

Admitida, a parturiente informa a seus parentes sobre o internamento, já vestida com as roupas hospitalares. Muitas adolescentes choraram neste momento. Mas se o trabalho de parto está adiantado, os familiares só têm conhecimento do internamento se buscarem a informação. Raramente são comunicados sobre o direito da adolescente a um acompanhante no hospital. Ao contrário, há uma clara mensagem da instituição de que o parto não é um assunto da família, que deve permanecer fora do hospital até o horário de visita; em geral, a maioria dos parentes resigna-se a esta situação.

Júlia (19 anos) conta o que aconteceu durante os primeiros exames realizados, quando de sua admissão na maternidade: *“Foi um médico jovem. Eu fiquei com vergonha, porque sempre eu tava indo pra médica. Eu não sabia nem como vestir a roupa, não tinha ninguém pra me ajudar. E o médico lá conversando com uma mulher, nem ligou. Eu tive que perguntar a uma outra menina que tava lá e já tinha vestido a roupa. O médico me tratou tão banalmente (...) não disse nada, só ficava lá conversando. Não me tratou nada bem”*.

A atitude fria e indiferente do jovem médico que atendeu essa parturiente não é incomum. Ao examiná-la, ele se tornou verbalmente agressivo, fazendo um tipo de comentário freqüente nas maternidades públicas brasileiras<sup>4</sup>: *“Na hora de fazer era bom, agora você sente dor!”*. As entrevistadas dizem que já esperam ouvir frases deste tipo, vindas dos profissionais. Mas Júlia observou, inconformada: *“Que absurdo! Ele [o médico] não tem nada a ver com isso! Ele tá fazendo papel dele, cumprindo a obrigação dele”*.

### O ambiente do centro obstétrico: medo, dor e medo da dor

Os relatos sobre o momento do internamento destacam o sofrimento adicional que o sistema hospitalar impõe às parturientes e suas famílias – e que se agrava nas fases seguintes do processo. Acompanhadas, em geral, por uma auxiliar de enfermagem, as parturientes percorrem alguns metros da admissão até o centro obstétrico. Lá, são conduzidas a um dos leitos da sala de pré-parto; se estes estiverem ocupados, são encaminhadas a outros leitos dispostos nas áreas de circulação do centro ou na outra sala de pré-parto, normalmente ocupada por mulheres em processo de abortamento. Os leitos estão dispostos de modo que a cabeceira fique próxima à parede, deixando a genitália das parturientes facilmente visíveis e manipuláveis. Não há biombo entre os leitos.

O ambiente da sala de pré-parto causa um choque em cada nova parturiente que chega. De modo geral, as mulheres internadas manifestam muita dor e gemem a cada exame de toque vaginal, insistentemente repetido. As informantes usavam expressões muito enfáticas em sua descrição do pré-parto: *“um manicômio!”*; *“fiquei chocada”*; *“um show de horrores!”*. Vera (19 anos), que qualificou de *“apavorante”* este ambiente, estava em processo de parto prematuro quando foi conduzida para o centro obstétrico em uso de medicação para reduzir as contrações. Extremamente ansiosa, mas sem dor, ficou toda a noite observando a cena ao seu redor, e conta: *“Vi as mulheres no sofrimento do parto. Mais de uma mulher parindo, uma atrás da outra. Era uma mais escandalosa do que a outra [risos]. Eu achei um horror. Ficar ouvindo outras mulheres gritarem de dor (...) é uma coisa apavorante, você já tá com medo e vendo outras pessoas gritarem, você fica mais apavorada, mais ainda”*.

É no ambiente da sala de pré-parto que o medo e o medo da dor se intensificam. A experiência do parto é, assim, modelada por um clima de medo crescente. E isso confirma, aliás, as histórias sobre “a dor do parto” que as jovens ouviram fora do hospital, seja de seus parentes e amigos, seja da mídia em geral. A dor, ou o medo da dor, domina a experiência da parturição. Todas as informantes buscavam descrever o grau da dor que sentiram, de insuportável a suportável, mas sempre considerando sua inevitabilidade. Muitas descreveram um aumento súbito da dor quando as contrações, induzidas por amniotomia ou por administração de ocitocina, tornaram-se mais freqüentes.

### Estratégias para lidar com a dor no ambiente institucional hostil

As estratégias para lidar com o sofrimento neste “ambiente de dor” eram variadas; algumas jovens lhe davam plena expressão; outras se mantinham em silêncio. Outras, ainda, sobretudo as mais jovens, buscaram se distanciar da cena ao seu redor, voltando estrategicamente seus rostos para a parede, como fez Cida (16 anos). Não é incomum que um parto ocorra na sala de pré-parto e Cida esteve presente a uma dessas cenas: *“Eu não queria saber. Fiquei olhando para a parede para não ver”*. Também Solange (16 anos) optou pelo recolhimento: *“Eu não gritava, não chorava, mas ficava ali me comendo de dor. Eu prendia as pernas, ficava encolhida, só olhando pra parede. Ficava orando. Tanto que, quando [o profissional] chegava lá,*

*falava: 'Venha cá, mãe, cê não tá sentindo nada não?' [risos]. Eu não conseguia gritar e não chorava, queria gritar e queria chorar, mas não conseguia...".*

Algumas, principalmente as mais jovens, expressaram um sentimento de orgulho diante de sua capacidade de suportar a dor silenciosamente, o que consideraram como manifestação de força e autocontrole. Manuela (14 anos) lembra-se de como suportou a experiência com firmeza, dominando calmamente seu sofrimento: "*Eu me achei incrível*", disse. Essas adolescentes percebem-se como resistindo heroicamente à dor; o isolamento social imposto pelo ambiente da sala de pré-parto é dominado através do estoicismo e coragem individuais, que as fazem passar de simples vítimas passivas das circunstâncias a sobreviventes vitoriosas.

Outras entendem a atitude de recolhimento de modo distinto, como Lúcia (19 anos), que interpretou sua atitude de retirar-se da interação social como vantajosa, já que fazer barulho durante o trabalho de parto significa sujeitar-se à repreensão dos médicos ou dos outros profissionais. Uma vez que é a própria mulher que "*faz seu filho nascer*", é melhor ficar concentrada e quieta, interagindo o mínimo possível com os profissionais de saúde.

Assim, o silêncio torna-se uma arma para lidar com esse momento de crise, e é visto tanto como uma manifestação de força da parturiente, quanto como uma reação de espanto às cenas presenciadas na sala de pré-parto, ou, ainda, simplesmente, como recurso prático. Mas o silêncio poderia também ser interpretado como estratégia de resistência simbólica, uma recusa à submissão aos significados que o ambiente institucional impõe às parturientes e ao processo do parto.

### **Hostilidades e solidariedades no "campo de batalha simbólico" do centro obstétrico**

Muitas informantes referiram comentários dos profissionais de saúde que expressavam desaprovação à maternidade na adolescência. De fato, em entrevistas com esses profissionais<sup>19</sup>, encontramos variadas opiniões sobre o tema, mas a maioria considerava a maternidade na adolescência como um problema social e um fator-chave para a reprodução da pobreza<sup>20</sup>. Embora afirmassem que suas "pacientes" não dispõem de informações suficientes sobre contracepção, muitos acreditavam que as jovens, principalmente as mais novas, engravidam porque se rendem a seus impulsos sexuais, esti-

muladas pela "atmosfera promíscua" de sua casa e da sociedade envolvente. Essas opiniões se manifestam, inclusive, em comentários dirigidos às jovens. Uma adolescente, por exemplo, declarou ter ouvido de um médico o seguinte comentário: "*Você deveria estar em casa brincando de boneca!*" Ela reagiu de modo desafiador: "*Por quê? Eu tenho um marido, sou casada e tenho minha própria casa*". De sua perspectiva, sua gravidez era legítima, pois, além de resultar de um relacionamento estável, ela e seu esposo gozavam de alguma estabilidade financeira<sup>21</sup>.

Não há dúvida, portanto, que as entrevistadas sentem-se na defensiva contra os significados negativos impostos à sua gravidez e parto no ambiente institucional. Durante sua permanência no centro obstétrico, embora estejam emocionalmente transtornadas, esforçam-se para "resgatar", para si mesmas, significados e valores positivos, lutando contra a ameaça dos julgamentos negativos, em um campo de batalha simbólico. Invariavelmente, essa vitória é descrita como solitária. Para preencher a ausência de interações com os profissionais, as informantes buscam, frequentemente, ajuda sobrenatural, recorrendo à reza. Mas as relações positivas com outras pessoas presentes tornam todo o processo da parturição mais fácil. Nos leitos vizinhos, algumas oferecem ajuda ou consolação; mais de uma informante lembrou-se de modo gratificado dos conselhos dessas outras mulheres. Uma jovem comentou que não gostaria que os leitos fossem separados por biombos, exatamente por causa desse apoio emocional. E outras entrevistadas descreveram-se como "*virando parteiras*", pois acabaram ensinando como respirar e fazer força durante as contrações.

Inevitavelmente, porém, os intercâmbios sociais mais relevantes na estruturação do processo de parto ocorrem com os profissionais de saúde. Por isso, na avaliação sobre o atendimento prestado, os elogios e críticas dirigiam-se, sobretudo, ao tratamento recebido dos profissionais, mais do que à estrutura da maternidade. Geralmente, os profissionais considerados gentis eram anônimos e seu relacionamento com as parturientes, efêmero. Entretanto, mesmo as interações de curta duração, quando gentilmente conduzidas, são consideradas pelas parturientes como de grande benefício. Júlia, por exemplo, embora tenha se sentido ultrajada com o tratamento que recebeu no setor de internamento, elogiou a obstetra que a partejou: "*Ela foi ótima! Ficou me distraíndo, conversando comigo, que eu tava sentindo a maior dor. Foi bacana!*". Contudo, Júlia também apon-

tou um aspecto negativo na atuação dessa obstetra: *“Bem na hora do parto o celular dela tocou! Ela começou a conversar outro assunto na hora do parto. Que absurdo, né? [risos]”*.

Tanto o comportamento gentil, quanto a atitude agressiva do corpo técnico da maternidade são atribuídos, pelas informantes, ao caráter de cada profissional, e nunca à estrutura de poder desigual que regula as relações do processo de parto. Essa estrutura é sustentada pela predisposição das mulheres em atender às exigências dos profissionais de saúde. Por exemplo: algumas entrevistadas falaram das relações com os(as) médicos(as) durante o pré-natal como uma questão de escutar silenciosamente suas “instruções”. Para essas jovens, o importante era “memorizar” as recomendações médicas e “obedecer” (ainda que estrategicamente) a elas. Consideram, aliás, que não têm condições de compreender os procedimentos realizados durante o atendimento ao parto, opinião que pode justificar a tendência a interpretar as intervenções dos profissionais na sala de parto como técnicas, atos especializados, de domínio exclusivo dos próprios profissionais. Portanto, em geral, aceitam esses procedimentos silenciosamente e sem protesto. A aquiescência é facilitada pelo entendimento cultural sobre esses procedimentos, que elas trazem consigo para o hospital. Muitas disseram saber que era obrigatório, para a realização do parto, obedecer a instruções como *“deitar e ficar quieta”*, na sala de pré-parto, ou *“fechar a boca, abrir as pernas e fazer força”*, na sala de parto.

Sem dúvida, para os profissionais, a atitude de obediência das parturientes é bem-vinda. Não é raro que alguns deles protestem quando as jovens gritam ou fazem barulho. Como resultado deste tipo de interação, as narrativas do parto incluíam descrições de uma “difícil batalha” para superar impulsos físicos, como a vontade de gritar, de beber ou comer, de se levantar, de defecar e assim por diante.

Ao reprimir estes impulsos com sucesso, as entrevistadas mais uma vez interpretam suas reações de contenção de modo a forjar uma identidade positiva. A observação de que outras mulheres não obedecem às instruções institucionais reforça esse trabalho simbólico. Francine, por exemplo, criticou o comportamento de duas mulheres que presenciou parindo na sala de pré-parto: *“Uma teve o nenê em pé e o nenê quase cai. Sorte dela que tinha um monte de gente, enfermeira, médico na sala e conversava com ela pra ela deitar, só que ela não tava nem aí. Essas mulheres assim, que não sabem se controlar, toda maluca, isso aí é ignorância. Tem que se controlar”*. Este relato sugere, no entanto,

que a atitude de “consentimento” não é uma resposta universal das parturientes. Embora critique o comportamento dessas mulheres, Francine avaliou que, como ela, ambas estavam assustadas com a situação. Ela afirmou que, desde o momento em que sua sogra lhe deixou no HMB, passou a se sentir sozinha e assustada: *“Eu me senti tão sozinha, um medo! Eu tava acostumada a tá com todo mundo perto de mim, me apoiando e na hora que eu entrei, eu fiquei sozinha, eu não vi ninguém, não vi minha mãe, não vi minha sogra, não vi meu marido, aí foi aquele medo!”*. Como outras informantes, Francine afirmou que gostaria muito que sua mãe pudesse acompanhá-la no centro obstétrico. Nina (18 anos), que resistiu bravamente à dor das contrações, também se queixou da solidão e da falta de companhia materna: *“Chorei muito, mas mais porque ficava sozinha; porque ninguém conversava comigo. Eu sentia falta de minha mãe. Bastante. Até minha filha nascer eu chorei”*.

#### **A construção da maternidade: transformação da dor em amor materno na presença simbólica da mãe**

O relato sobre a ausência da mãe, que ressaltava nos depoimentos, vincula-se à relação mãe-filha, de grande importância para a parturiente durante o nascimento de seu bebê. As mais jovens, em particular, revêem seu relacionamento com as mães durante o parto. A dor está vinculada à própria descoberta da significação da maternidade, conduzindo a parturiente a reconhecer a força do laço maternal. No processo de tornar-se mãe, a jovem reflete sobre sua situação como filha. Cida, por exemplo, perguntada sobre o que havia pensado e sentido durante o momento do parto, respondeu: *“Só lembrava de minha mãe, as coisas que eu fazia com minha mãe, as coisas ruins que eu fazia com ela. Eu fazia ignorância. Aí eu ficava pensando, a dor que ela sentiu quando me teve é a que eu tou, que eu senti por ele”*. Como outras entrevistadas, Cida, assim, transforma a dor em sinal de amor materno. Ao lembrar de sua mãe no momento crucial do parto, relaciona seu sacrifício, por seu filho, àquele feito por ela. Talvez por isso, a presença da mãe durante o parto é tão desejada pelas parturientes. Perguntada se a presença da enfermeira a havia ajudado, Cida respondeu: *“Fiquei mais forte e corajosa, mas eu gostaria que minha mãe tivesse lá”*.

Também para Vera, a dor do parto está intrinsecamente vinculada ao amor materno: *“A única coisa que a dor do parto me ensinou é que*

*eu amo minha mãe por demais. Na hora que eu tava sentindo as contrações, a única coisa que veio em minha cabeça foi ela. Jesus Cristo! Como é que uma pessoa pode odiar uma mãe, fazer tanta coisa de mal com a mãe? Me ensinou a amar e cuidar, preservar mais ainda minha mãe. Foi a única coisa do parto, assim, realmente que me impressionou e vai ficar, assim, marcado mesmo. Foi isso. A dor que eu tava sentindo era a mesma dor que ela sentiu pra me ter".* Esses sentimentos precedem o surgimento do próprio amor da mãe por seu filho. A descrição de Solange mostra a conexão íntima e seqüencial entre dor e amor maternal: *"Olha, a dor é tanta, mas depois que nasce (...) é um amor mesmo. Tanto que eu não me contentei em ver uma vez só (...) 'É homem? Eu não acredito, traga ele aí de novo!' [risos]"*.

Emoções como as anteriormente descritas constroem-se em um processo contínuo e contextualizado<sup>22</sup>. Neste caso, porém, os referentes estão distanciados da mulher que pariu: a mãe, figura-chave desse processo, ficou afastada do hospital; o bebê é levado para ser examinado pela equipe de profissionais. A parturiente fica, assim, reduzida a um corpo solitário, precisando de ajuda técnica. Exausta (em quase todos os relatos) e confusa, ela geralmente é deixada no corredor do centro obstétrico, enquanto aguarda autorização para ser conduzida à enfermaria. Algumas vezes, permanece na própria sala de parto. A memória, todavia, é um poderoso contextualizador. Nessa situação, a parturiente está totalmente cônica do significado de ser mãe.

Com base nessa compreensão e inspirada em suas emoções, ela pode construir sua própria maternidade. O tema do crescimento pessoal, da transformação em um ser adulto, com o parto, vem à tona freqüentemente. Nilce (19 anos) comenta, enfática: *"Na hora que ele nasceu, eu aprendi a me tornar mais forte, encarar mais a vida de outro lado. Agora que eu já tenho um filho, eu mudei muito, mudei bastante. Sei que agora eu vou ter mais responsabilidade"*. Nina também relata uma transformação deste tipo: *"Eu me senti nas nuvens, me senti diferente. Eu me senti outra pessoa quando ela nasceu, e até estou sendo uma outra pessoa. Mais cuidadora, mais experiente, mais cabeça, mais inteligente. Foi um sonho pra mim ter ela, porque ela vai ser minha companheira, minha alegria. Não só minha como a de minha mãe, minha irmã, meu pai, meu irmão, o pai dela e de todo mundo. Acho que ela chegou em boa hora, num bom momento"*.

## Considerações finais

As parturientes usuárias da maternidade estudada sofrem de modo desnecessário. Esse sofrimento decorre, em grande medida, do modelo tecnocrático de atenção obstétrica adotado no HMB, que incentiva a aceleração dos partos e a realização de procedimentos não-recomendáveis, conforme mencionamos anteriormente. Mas são as atitudes dos profissionais perante as usuárias, especialmente as adolescentes, que contribuem largamente para o sofrimento experimentado.

A desaprovação da maternidade na adolescência pelos profissionais<sup>19,20</sup> permite a interpretação de suas atitudes hostis como "castigos" ao exercício "precoce" da sexualidade dessas jovens. Trata-se de uma conduta que se insere no quadro mais amplo da violência institucional, freqüente na realidade brasileira<sup>4</sup>.

Na hierarquia institucional, os saberes dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos, são determinantes. O que as mulheres sentem e sabem sobre seu próprio corpo tende a ser desprezado, como ocorre em outros contextos culturais<sup>3,23</sup>. Por exemplo, não raro os profissionais do HMB desqualificam ou negam manifestações de dor das parturientes. Por outro lado, não se usam recursos para diminuição da dor. Os profissionais alegam que a analgesia peridural seria a única técnica apropriada, mas afirmam que é impossível empregá-la no setor público, por motivos financeiros e de carência de recursos humanos.

Autoras como Diniz<sup>4</sup> e Tornquist<sup>5</sup> apresentaram dados semelhantes sobre a atitude de profissionais de saúde em face da expressão de dor de parturientes, mesmo em hospitais que adotaram o modelo humanizado do parto. Ambas, além de Domingues et al.<sup>12</sup>, discutem a importância da presença de um acompanhante durante a parturição, considerando-o de grande importância para o enfrentamento da dor<sup>24</sup>. Sabe-se que o suporte emocional e social a uma parturiente diminui o tempo do trabalho de parto e o uso de intervenções obstétricas, como cesárea, uso de fórceps, ocitocina e analgesia peridural, possibilitando, ainda, melhores condições de vitalidade ao recém-nascido<sup>9,10,25,26</sup>. Mas também isso é negado à parturiente do HMB.

O direito ao acompanhante durante o processo do parto integra o conjunto de recomendações da OMS<sup>9</sup> e, no caso de pacientes adolescentes, está assegurado desde a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>27</sup>. Em 2005, transformou-se em lei federal (*Lei n. 11.108*)<sup>28</sup> cujo objetivo é assegurar a todas as parturientes atendidas no SUS o direito a um acompa-

nhante, de sua escolha, durante o processo de parturição. As evidências científicas de que o suporte durante este processo é altamente benéfico para as parturientes foram fundamentais para sua aprovação<sup>29</sup>.

Essa determinação legal evidencia a necessidade urgente dos serviços se reorganizarem para aplicá-la, em curto tempo. Todavia, sabe-se que muitos profissionais e instituições manifestam resistência à presença de novos atores na cena do parto<sup>29</sup>. No hospital investigado, profissionais justificaram essa atitude afirmando que a unidade não dispunha de estrutura física ou organizacional para receber os acompanhantes. Ademais, argumentavam que estes estariam despreparados, inclusive psicologicamente, para fornecer o apoio desejado e, portanto, atrapalhariam a conduta médica. Essa opinião se faz presente, aliás, em vários outros contextos registrados em estudos brasileiros<sup>29</sup>.

Além desses obstáculos à aplicação da lei, há outro, bem menos destacado na literatura pertinente ao tema, que se refere ao papel das parturientes e seus familiares, que assumiam, geralmente, uma posição de grande passividade em relação à autoridade hospitalar. Por um lado, simplesmente ignoravam seus direitos; por outro, mostravam-se conformados ao lugar submisso que ocupam na estrutura hospitalar, convencidos das grandes dificuldades de alteração dessa estrutura.

Entretanto, no ideário da “humanização do parto”, é central o conceito de sujeito universal, portador de direitos reprodutivos e sexuais. E o nível de abstração e generalidade da noção desses direitos, quando se tenta aplicá-la à prática dos serviços de saúde, encontra, muitas vezes, obstáculos imprevistos. Em outras palavras, conforme Tornquist<sup>5</sup> (p. S426): “*O ideário do parto humanizado contém paradoxos: de um lado, advoga os direitos das mulheres no momento do parto, de outro, parece estar desatento às diferenças socioculturais entre estas mulheres*”. Assim, ainda de acordo com essa autora, a humanização não pode se concentrar apenas nos aspectos técnicos isolados, nem se basear num modelo universalizado de família e feminilidade. Deve-se, portanto, atentar para as necessidades e perspectivas particulares das usuárias, entre as quais há diferenças significativas.

É precisamente neste ponto que reside o principal interesse do estudo etnográfico que realizamos, cuja análise apresentamos parcialmente aqui. O método etnográfico, especialmente adequado para capturar “o ponto de vista do nativo”, permite a apresentação da perspectiva de parturientes jovens e adolescentes de baixa renda, usuárias de um hospital públi-

co que aplica o modelo tecnocrata intervencionista padronizado. Dessa forma, contribui para a discussão sobre a humanização do parto, por meio de uma compreensão da experiência particular das jovens abordadas.

Para isso, enfocamos cada etapa do trabalho de parto e do parto, com base no pressuposto analítico da antropologia do corpo<sup>1</sup> e do parto<sup>2</sup>, para o qual a parturição é um processo biossocial, constituído na intersubjetividade. Para as entrevistadas, a interpretação do parto é vivida de um modo ambíguo, isto é, nas difíceis relações com os profissionais de saúde, elas trilham um caminho estratégico que está entre obedecer a eles – conformando-se ao modelo tecnocrático – e lutar contra os significados negativos impostos ao seu processo de parturição.

Assim, ao mesmo tempo em que se confrontam com novos saberes e novas relações intersubjetivas no centro obstétrico, as parturientes experienciam o ambiente institucional, modelando-o, também, por seus conhecimentos prévios de sensações imediatas e por sua capacidade de trazer relações rememoradas, particularmente com suas mães, para a experiência vivida. Neste contexto, torna-se bem clara a construção de dois distintos elencos de significados, pelas parturientes e pelos profissionais de saúde.

Na perspectiva das entrevistadas, o parto é a conclusão de sua transformação em mães, no sentido social e cultural dessa concepção, ou seja, é algo que as legitima e valoriza: um momento definitivo e conclusivo de um “rito de passagem” para um novo *status* social, o de mãe. De outro lado, os profissionais de saúde resistem em validar plenamente esse sentido, contribuindo para produzir as condições de uma experiência difícil, em que a passagem para esse novo *status* é vivida de modo extremamente sofrido e solitário<sup>20</sup>.

Como registramos anteriormente, medo, dor e solidão tornam-se elementos-chave, estruturantes de todo o processo de parturição. A dor torna-se o símbolo principal da transformação social vivenciada pelas jovens abordadas, malgrado a interpretação negativa de sua condição construída pelos profissionais. Para isto, é fundamental a reinterpretção dos significados atribuídos pela instituição, verbalizados pelos profissionais. Essas mães, inclusive as adolescentes, vêem-se como agentes de transformação positiva e de renovação de suas próprias famílias, ao trazer-lhes um novo integrante. A criança é tomada como símbolo deste aspecto da maternidade; torna-se foco do interesse de toda a parentela, não apenas da

mãe (conforme indicaram alguns depoimentos, especialmente o de Nina).

As entrevistadas entendem que a dor é central neste processo social. Para elas, a transformação da dor (uma sensação física) em amor de mãe (uma emoção) é o tema central do processo que relatam. Portanto, mais do que “culturalmente construído”, o amor materno é simultaneamente social, cultural e físico, ou seja, não é apenas um significado conferido *post facto*, no discurso, como parte de uma tradição interpretativa, mas, sim, algo intensamente vivido durante o próprio processo fisiológico.

No entanto, como mostramos, a instituição ignora a valoração do parto como etapa crucial de construção de uma nova identidade das jovens, bem como a importância de sua relação com a mãe na experiência emocional e mental do parto. Isso se traduz no desejo expresso por muitas, de terem a mãe como acompanhante em seu processo de parturição.

Em hospitais que permitem acompanhantes, as parturientes de classes populares preferem parentes femininas, amigas<sup>30,31</sup> e, principalmente, a mãe, mais até do que o pai do bebê<sup>5</sup>. Mas a literatura sobre o tema tem se dedicado bem pouco a explicar as razões dessa preferência, para cujos significados mais profundos buscamos aqui fornecer uma compreensão. Para as jovens parturientes, a presença da mãe se traduz numa coerência cultural forte, dado que a re-significação que operam da dor e do sofrimento, tornados símbolos-chave da maternidade, concretiza-se na reflexão sobre a

relação com a própria mãe, percebida sob outra luz (ou seja, iluminada pela experiência da “dor do parto”, em cujo âmbito se espelham na mãe para a construção de sua própria maternidade).

Pôde-se aprender com essas jovens baianas como os significados culturais são inseparáveis das sensações físicas (como indica a antropologia do corpo). Nesse contexto, suas falas evocam claramente o tema dos benefícios do apoio social no processo de parturição, ligados a uma série de resultados físicos positivos na saúde da parturiente e de seu bebê, de acordo com todo um conhecimento já obtido neste campo<sup>9, 10,25,26</sup>. A partir do enfoque antropológico da investigação que originou este artigo, destaca-se o valor subjetivo referente ao significado da dor que se atrela à importância das relações de parentesco, bem como à parturição e a maternidade.

Desse modo, com base na análise empreendida, pode-se afirmar que a reintrodução dos significados do parentesco, logo, da família, representada pela figura da mãe ou outra parente feminina na cena do parto, constituiria uma ação decisiva no campo da humanização do parto em Salvador, e certamente faria eco aos anseios das usuárias jovens e adolescentes. Para a implementação eficaz de procedimentos para esta humanização, é imprescindível que as instituições e profissionais de saúde envolvidos no processo de parturição possam percebê-lo como legítimo, a partir de uma compreensão não exterior à perspectiva das parturientes.

## Resumo

*Este artigo examina o parto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil, com base na perspectiva de mulheres jovens e adolescentes, a maioria das quais negras e de classes populares. O estudo, de caráter antropológico, baseia-se na análise de entrevistas e na etnografia do hospital, particularmente do centro obstétrico. As mulheres descrevem o trabalho de parto como dominado pelo medo, solidão e dor, sensações que se transformam em amor com o nascimento da criança. Enfocando o parto como um processo biossocial, o trabalho mostra como as jovens produzem significados durante o processo de parturição, enquanto se encontram envolvidas nas interações sociais próprias ao parto hospitalar, particularmente com os profissionais de saúde. Do ponto de vista simbólico, as parturientes experienciam o parto como um rito de passagem que legitima a maternidade, em um contexto social e institucional que, ao contrário, deslegitima a reprodução sexual de mulheres negras, jovens e de baixa renda e estigmatiza a maternidade na adolescência.*

*Parto; Gravidez na Adolescência; Classe Social*

## Colaboradores

C. McCallum coordenou a pesquisa. A. P. Reis foi responsável pelo trabalho de campo. Ambas as autoras analisaram e interpretaram os dados que originaram o presente artigo e, conjuntamente, redigiram este trabalho.

## Agradecimentos

À Organização Mundial da Saúde (OMS), que financiou a pesquisa, através do *Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction*. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, que concedeu uma bolsa a Cecilia McCallum, durante 2004/2005, possibilitando a continuação do trabalho de análise dos dados. Agradecemos a Estela M. L. Aquino, Jenny Araújo, Luísa Elvira Belaunde, Greice Menezes e outras colegas do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Gênero e Saúde/ Universidade Federal da Bahia (MUSA/UFBA), pelos comentários e sugestões a este texto, e a Meigle Rafael, por suas sugestões e pela imprescindível revisão final do artigo. Somos gratas, especialmente, aos profissionais do HMB e às jovens entrevistadas.



## Referências

1. Lock M. Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press; 1993.
2. Davis-Floyd R. Birth as an American rite of passage. Berkeley: University of California Press; 1992.
3. Jordan B. Authoritative knowledge and its construction. In: Davis-Floyd R, Sargent C, editors. Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives. Berkeley: University of California Press; 1997. p. 55-79.
4. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
5. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S419-27.
6. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1411-6.
8. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S465-9.
9. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Geneva: World Health Organization; 1996.
10. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: informe da atenção básica. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo\\_22.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo_22.pdf) (acessado em 03/Mai/2004).
11. Martin E. The woman in the body. Boston: Beacon Press; 1987.
12. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:52-62.
13. Umenai T. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75:S3-4.
14. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas* 2002; 10:483-92.
15. Sabatino H, Dunn P, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado – formas alternativas. Campinas: Editora da Unicamp; 1992.
16. Sabatino JH, Cordeiro SN, Limoli C, Verdiani LA, Calsavasa MG. Moderno método de preparação psico-físico a gestantes com o intuito de reduzir altos índices de cesáreas desnecessárias. *J Bras Ginecol* 1996; 106:263-70.
17. Carvalho ML. A participação do pai no nascimento da criança: as famílias e os desafios institucionais em uma maternidade pública [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
18. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75 Suppl 1:S67-72.
19. McCallum C, Reis AP. Low tech women, high tech world: medical science and technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. In: ASA 5th Decennial Conference Anthropology and Science. Manchester: Taylor & Francis Group; 2003. p. 157.
20. McCallum C, Reis AP. Childbirth as Ritual in Brazil: young mothers' experiences. *Ethnos* 2005; 70:335-60.
21. Macedo U. Devia era brincar de boneca [Monografia]. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia; 2005.
22. Reddy WM. Against constructionism: the historical ethnography of emotions. *Curr Anthropol* 1997; 38:327-51.
23. Kitzinger S. Authoritative touch in childbirth. In: Davis-Floyd R, Sargent C, editors. Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives. Berkeley: University of California Press; 1997. p. 209-32.
24. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1: CD000199.
25. Klaus MH, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effects of social support during parturition on maternal and infant mortality. *BMJ* 1986; 293:585-7.
26. Hemminki E, Verta AL, Koponen P, Malin M, Kojjo-Austin H, Tuimala R. A trial on continuous human support during labor: Feasibility, interventions and mother's satisfaction. *J Psychom Obstet Gynaecol* 1990; 11:239-50.
27. Instituto Brasileiro de Pedagogia Social. Brasil criança urgente: a lei. São Paulo: Columbus; 1990.
28. Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
29. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1316-27.
30. Hotimsky SN. Parto e nascimento no ambulatório e na sala de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
31. Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Recebido em 29/Set/2005

Versão final reapresentada em 16/Jan/2006

Aprovado em 19/Jan/2006