



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS – MESTRADO
LINHA DE PESQUISA: CULTURA, FRONTEIRAS E IDENTIDADES**

ANA PAULA SOARES FAGUNDES

**DE ENFERMEIRA A PARTEIRA: UMA ANÁLISE ETNOGRÁFICA DA EQUIPE
MANJEDOURA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL (PR)**

TOLEDO

2018

ANA PAULA SOARES FAGUNDES

**DE ENFERMEIRA A PARTEIRA: UMA ANÁLISE ETNOGRÁFICA DA EQUIPE
MANJEDOURA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL (PR)**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais para obtenção do título de Mestrado, com área de concentração em Cultura, Fronteiras e Identidades.

Orientadora: Dra. Yonissa Marmitt Wadi

Coorientadora: Dra. Glauca da Silva Destro de Oliveira

TOLEDO

2018

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Fagundes, Ana Paula Soares

De enfermeira a parteira : uma análise etnográfica da Equipe Manjedoura no município de Cascavel (PR) / Ana Paula Soares Fagundes; orientador(a), Yonissa Marmitt Wadi; coorientador(a), Glaucia da Silva Destro de Oliveira, 2018.

127 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Toledo, Centro de Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2018.

1. Parteira. 2. Parteira Urbana. 3. Parto domiciliar. 4. Parto humanizado. I. Wadi, Yonissa Marmitt. II. Oliveira, Glaucia da Silva Destro de. III. Título.

ANA PAULA SOARES FAGUNDES

**DE ENFERMEIRA A PARTEIRA: UMA ANÁLISE ETNOGRÁFICA DA EQUIPE
MANJEDOURA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL (PR)**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Mestrado, com área de concentração em Fronteiras, Identidades e Políticas Públicas e Linha de Pesquisa em Cultura e Relações de Fronteira, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Campus de Toledo.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Yonissa Marmitt Wadi (Orientadora)

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Campus de Toledo

Professora Dr^a Georgiane Garabely Heil Vázquez

Universidade Estadual do Ponta Grossa

Professora Dr^a. Andréia Vicente da Silva

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Campus de Toledo

Toledo, PR, 11 de setembro de 2018.

À Alice e Helena, pelo amor que me movimenta

À Cleusa por nunca me deixar desistir

AGRADECIMENTOS

A construção desta pesquisa não seria possível sem o auxílio, envolvimento e grande apoio de muitas pessoas. Por isso venho agradecer a cada um que deixou sua contribuição para que o estudo assim se concretizasse.

Agradeço primeiramente as minhas orientadoras Yonissa Marmitt Wadi e Gláucia da Silva Destro de Oliveira sem as quais esta pesquisa jamais se concretizaria, que além de serem uma inspiração, sempre estiveram dispostas a colaborar, me impulsionar e me reposicionar no caminho que eu precisava trilhar. Obrigada por cederem um pouco de suas vidas pela minha.

Às minhas filhas, Alice e Helena, que me apresentaram o universo da humanização do parto, cada uma ressignificando minha participação nesse universo a partir de seus nascimentos. Pela paciência por me esperarem, pelo abraço nos momentos em que mais precisava e acima de tudo pelo olhar com admiração a mim mesmo quando eu não encontrava motivos pra isso.

À minha mãe, Cleusa, agradeço por sempre olhar pra mim e saber dizer sempre da forma mais doce o que eu precisava ouvir. Por estar sempre ao meu lado, me apoiando e fazendo de tudo para eu esteja bem. Por ser minha inspiração como mulher e mãe.

Agradeço também a Equipe Manjedoura – Honielly, Henielly e Priscilla - por todo o apoio e carinho com que sempre me receberam. Sempre solícitas e disponíveis. Muito obrigada pelo envolvimento e colaboração.

À parteira Tatianne Frank por ceder de seu tempo para contribuir com a pesquisa, através de seu conhecimento e trajetória profissional.

Aos grupos Gesta Cascavel e Gesta Toledo, representados pelas doulas e gestantes participantes, por me abrirem as portas e oferecerem auxílio.

Não posso deixar de agradecer em especial as famílias que me permitiram participar do nascimento de seus filhos. Uma experiência única da qual jamais esqueerei.

Aos docentes do mestrado em Ciências Sociais da Unioeste e aos componentes da banca de defesa dessa dissertação. Obrigada, professoras Andréia Vicente da Silva e Georgiane Garabely Vázquez pela leitura, apontamentos e grande contribuição para minha trajetória acadêmica.

Grata também pelas minhas colegas de turma, em especial Michelli e Carmem, pelas palavras de incentivo e empurrão nos momentos em que precisei.

Agradecimento ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001 e da Fundação Araucária – Acordo Capes/Fundação Araucária, para a realização deste trabalho. Não posso deixar de citar também a secretária do curso, Marilucy Gregório, muito atenciosa e prestativa.

FAGUNDES, Ana Paula Soares. **De enfermeira a parteira**: Uma análise etnográfica da Equipe Manjedoura no município de Cascavel (PR). 2018. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – Mestrado) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Toledo.

RESUMO

O ofício de parteira sofreu grandes transformações nos últimos séculos, passando de um saber construído na prática para uma profissão regulamentada, através de formação específica na área da Enfermagem Obstétrica ou da Obstetrícia, ensejando o surgimento das chamadas “parteiras urbanas”. Com a medicalização do parto, ocorreu a mudança do ambiente doméstico para o ambiente hospitalar; parturiente e feto perderam o papel de protagonistas no nascimento – como relatam defensores de um parto humanizado – e profissionais diversos passaram a ter o controle através de uma série de intervenções. Atualmente há tentativas de resgate de práticas tradicionais e o ensejo de que o parto seja realizado com elementos considerados naturais, em um ambiente familiar e com reduzida intervenção. Neste cenário a figura da “parteira urbana” se soma a outros sujeitos, como as doulas, em práticas que contrapõem ou juntam saberes tradicionais e médicos. A pesquisa tem por objetivo analisar antropológicamente as práticas das “parteiras urbanas” no município de Cascavel / PR, buscando compreender a construção do sujeito parteira, numa contemporaneidade marcada pela cientificidade das práticas médicas. Para tanto, a pesquisa se divide em três capítulos: no primeiro, apresento a trajetória de parteiras que atuam em uma equipe voltada ao parto humanizado; posteriormente analiso a formação da equipe e as formas de atuação no espaço virtual; e, por fim, problematizo as práticas de parteria com a observação de três partos domiciliares realizados no município de Cascavel / PR. Alguns pontos ganham destaque na realização da pesquisa, como: a questão da religiosidade, que marca a atuação das “parteiras urbanas”; a interação virtual da equipe com sua clientela; as noções de corpo, família e as relações de poder, que se cruzam no campo do nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Parteira; Parteira Urbana; Parto Humanizado; Parto Domiciliar; Enfermagem Obstétrica.

FAGUNDES, Ana Paula Soares. **From nurse to midwife**: An ethnographic analysis of the Manjedoura Team in the municipality of Cascavel (PR). 2018. Dissertation (Master's degree in Social Sciences) – Western Paraná State University, Toledo – PR, 2018.

ABSTRACT

The midwife as a profession has undergone great transformations during the last centuries, turning from a body of knowledge built on practice to a regulated profession, through specific training in the area of Obstetric Nursing or Obstetrics, what ultimately lead to the emergence of the so-called “urban midwives”. With the medicalization of childbirth, the change from domestic to hospital environment, the parturient and the fetus have lost their protagonist roles at birth - as reported by advocates of humanized childbirth - and various professionals started to have control over a series of interventions. Currently there are attempts to rescue traditional practices and the possibility of the delivery to be performed with elements considered to be natural, in a family environment and with reduced intervention. In this scenario, the role of the "urban midwife" reappears, adding to other subjects, such as doulas, in practices that contrast or combine traditional and medical knowledge. This research aims to anthropologically analyze the practices of the "urban midwives" in the municipality of Cascavel / PR, seeking to understand the construction of the midwife as a subject, in a contemporaneity marked by the scientific aspect of medical practices. In order to achieve this goal, the research is divided in three chapters: in the first one, I introduce the trajectory of the midwives who work in a team focused on humanized childbirth; following it, I analyze the team's background and their action in the virtual space; and, finally, the midwife practices are analyzed within the observation of three home births in the city of Cascavel / PR. Some aspects are highlighted in the accomplishment of the research, such as: the matter of religiosity, which underlines the performance of the "urban midwives"; the virtual interaction of the team with its clientele; the notions of body, family and relations of power, which intersect in the context of birth.

KEY WORDS: Midwife; Urban Midwife; Humanized birth; Home birth; Obstetric Nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 ENFERMEIRA OBSTETRA OU PARTEIRA URBANA?	32
1.1 Quem são as parteiras da Manjedoura?.....	32
1.1.1 “ <i>Eu sou parteira estudada, sou parteira de formação</i> ”: Honielly.....	33
1.1.2 “ <i>O reconhecimento como parteira urbana me traz mais calor, é mais íntimo</i> ”: Henielly.....	43
1.1.3 “ <i>A parteira tem uma assistência mais familiar, é um vínculo mais próximo</i> ”: Priscilla.....	49
1.2 Primeiros passos da parteria urbana em Cascavel (PR).....	54
1.2.1 “ <i>Se eu disser ‘eu sou parteira’, ela sabe que eu tô ali pra dar a mão</i> ”: Frank.....	54
1.2.2 Os primeiros “partos humanizados” em Cascavel (PR).....	58
1.2.3 Parteria Urbana: Capacitando profissionais da obstetrícia no “partejar”.....	60
2 “NASCIMENTO” DA EQUIPE MANJEDOURA.....	64
2.1 A problemática da humanização do parto e a formação da equipe Manjedoura.....	64
2.2 Parteiras no ciberespaço.....	78
3 HISTÓRIAS DE PARTOS.....	94
3.1 O pré-parto.....	96

3.2 O parto.....	104
3.3 O pós-parto.....	112
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
REFERÊNCIAS	122
FONTES	126
ANEXO	127

INTRODUÇÃO

POR QUE UMA PESQUISA SOBRE “PARTEIRAS URBANAS”?

Esta dissertação consiste em um estudo sobre a construção do sujeito parteira numa contemporaneidade marcada pela cientificidade das práticas médicas. O ofício de parteira sofreu grandes transformações nos últimos séculos, passando de um saber construído na prática para uma profissão regulamentada através de formação específica na área da Enfermagem Obstétrica ou da Obstetrícia, ensejando o surgimento das chamadas “parteiras urbanas”¹. A pesquisa lança um olhar sobre as noções constituintes dos sujeitos que se autodenominam “parteiras urbanas”, analisando suas práticas e relações com outras parteiras, parturientes e outros profissionais presentes no cenário do parto – como: obstetras e doulas. As concepções de nascimento e corpo feminino também serão apresentadas, pela ótica das “parteiras urbanas”, de forma a problematizar sua relação com a luta feminista pelo direito do corpo que pare. O desenvolvimento do tema proposto fez-se a partir da análise da Equipe Manjedoura, equipe de “parteiras urbanas” atuantes no município de Cascavel (PR).

O tema desta dissertação partiu de minha própria experiência com esse universo do parto, pois foi nele que tive meu primeiro contato com o objeto de estudo desta pesquisa – a “parteira urbana”. Iniciando o pré-natal de minha primeira gestação em janeiro de 2014, já havia acompanhado algumas discussões no curso de Ciências Sociais e também no meio virtual, referentes ao Movimento do Parto Humanizado. Mas foi em uma das consultas, ainda no primeiro trimestre de gravidez, em que relatei ao médico obstetra do plano de saúde o meu desejo por um parto normal, que tive conhecimento da profissional enfermeira obstetra. Pois o médico disse que só atenderia parto normal com a condição de que a gestante contratasse o serviço dessa profissional. A justificativa dada a mim é que um trabalho de parto pode levar muitas horas e ele não teria essa disponibilidade de tempo para acompanhar-me, assim a enfermeira obstetra estaria ao meu lado acompanhando a evolução do trabalho de parto desde a minha residência, me encaminhando ao hospital no momento mais indicado e o avisaria

¹ Ao longo da dissertação tais critérios gráficos serão utilizados: 1 – Categorias êmicas aparecerão escritas entre aspas; 2 – Destaques meus no meio do texto estarão em negrito; 3 – Nomes de blogs, sites e falas de meus interlocutores estarão em itálico.

quando estivesse perto de parir para que assim ele pudesse ir finalizar o atendimento. O médico complementou sua explicação dizendo que não sabia “partejar” como as enfermeiras obstetras (exemplificou-me esse “partejar” com: levar a gestante ao chuveiro, orientar uso de exercícios com bola para ajudar na evolução do trabalho de parto, dar apoio e utilizar métodos não farmacológicos como alívio da dor), que confiava no trabalho delas e não se sentia seguro em deixar sua paciente sob a observação de enfermeiros obstetras do próprio hospital, por não poderem estar a todo tempo me acompanhando (visto a quantidade de gestantes que um hospital normalmente atende) e o mantendo informado por telefone. O meu médico finalizou dizendo que o plano de saúde não cobria o custo desta profissional e ressaltou, mais uma vez, que se eu quisesse ter um parto normal teria que ser sob esta condição: ter uma enfermeira obstetra. Saí desta consulta com o número de telefone da enfermeira Honielly anotado em um papel pelo próprio médico.

O que me chamava fortemente a atenção era o fato de o próprio obstetra, pertencente a uma cultura tão marcada pela cientificidade, que o coloca como uma figura de autoridade aos assuntos do corpo, apresentar-me outra categoria profissional como substituinte do seu papel. Haveria, portanto um processo inverso do que foi o da medicalização do parto? Quem é esse sujeito que compõe o universo do parto na contemporaneidade? Em quê seu papel diferencia de outros profissionais de atendimento ao parto? Que relações sociais permeiam o seu ofício? Qual sua concepção do parto e do corpo dessas mulheres que parem? São algumas das indagações que me instigaram a entrar em contato com a enfermeira Honielly e descobrir qual era a finalidade de sua presença em meu parto e porque seria fundamental para me garantir o desejado parto normal.

Antes da ligação, busquei pela enfermeira na rede social Facebook a fim de conhecer o que exatamente consistiria o seu papel em um parto. O seu perfil na rede social estava repleto de relatos de partos feitos por mulheres que ela acompanhara no momento do parto e outros relatos redigidos por ela mesma sobre as experiências profissionais. Foram nesses relatos que descobri que a enfermeira obstetra também era conhecida nesse meio do parto como parteira. E não somente uma parteira, mas uma “parteira urbana” que atendia partos humanizados.

O nosso primeiro contato pessoal aconteceu na 37^o semana de gestação. Ela chegou em minha casa no final da tarde e por duas horas conversou comigo e meu esposo sobre

nossos planos, porque desejávamos um parto normal, quis conhecer um pouco da nossa história de vida, de relacionamento, explicou-nos sobre o seu atendimento, que monitoraria meu trabalho de parto até o momento mais indicado para ir ao hospital de forma a evitar intervenções médicas desnecessárias e conversou sobre as fases do trabalho de parto: o que eu iria sentir, o que aconteceria com meu corpo, como eram as contrações, quando seria necessária uma intervenção médica etc. Ainda me ensinou a preparar meu corpo para o momento, realizar uma massagem perineal com a ajuda do marido, conversar com o bebê para que viesse quando estivesse pronto, imaginar como seria meu parto, porque segundo ela o parto acontece antes em nossa cabeça, no quanto estamos preparadas para isso. Não quis conversar sobre contrato e pagamento, disse que conversaríamos sobre isso depois, já que seu atendimento não terminaria no parto, ainda nos veria em duas consultas pós-parto. Com essa primeira conversa, conhecendo a parteira pessoalmente e ganhando confiança nela, quis mudar meus planos de um parto hospitalar para domiciliar, mas a enfermeira Honielly afirmou que não atendia parto domiciliar de gestante que não tivesse acompanhado antes da 35ª semana de gestação.

Chegado o dia do parto não pude ter seu acompanhamento em casa, ela já havia me dito na primeira consulta que duas gestantes com a mesma data prevista de parto que a minha já a haviam contratado antes de mim. Mas, por ver meu desejo grande em ter um parto normal não iria me deixar na mão. No entanto, alertou-me que eu estivesse ciente de que se acontecesse das outras parirem no mesmo dia que eu, ela teria que dar mais atenção a uma das gestantes em específico por se tratar de um parto domiciliar planejado na cidade de Toledo (PR). Aceitei as condições acreditando que seria impossível as três mulheres parirem no mesmo dia. Mas o “impossível” para mim aconteceu e nós três tivemos bebês no mesmo dia. Então não pude ter o acompanhamento da enfermeira em casa porque ela estava atendendo o parto de uma mulher no mesmo hospital para o qual eu iria. Assim, nos encontramos apenas às 8h da manhã no hospital, eu já estava desde meia-noite em trabalho de parto em casa com doulas e a enfermeira Honielly nos acompanhando pelo telefone. Foi no hospital que conheci a segunda enfermeira obstetra Henielly, irmã da Honielly, que veio auxiliá-la com meu parto para que fossem logo em seguida para o parto domiciliar em Toledo.

Elas informaram meu obstetra pelo telefone, que pelo andamento do meu trabalho de parto, minha bebê nasceria até meio-dia daquele domingo, dia 17 de agosto de 2014. Foi um pouco antes do meio-dia que ele chegou, mas sua presença me deixou aflita, senti medo de

que ele não quisesse esperar e me levasse para uma cesárea sem necessidade, apenas por impaciência. Soube depois, pelo meu marido, que o médico realmente estava impaciente, chegou a dizer “se eu não almoçar hoje com minha esposa ela vai me matar!”. Ele inclusive preparou o centro cirúrgico dizendo às enfermeiras que eu não iria parir. Foi quando a Honielly pediu a ele que esperasse apenas cinco contrações, que se minha bebê não nascesse em cinco contrações que ele então podia me levar para a cirurgia. Foi exatamente no momento em que pedi para ir ao banheiro e elas me levaram. Após urinar disse que não queria voltar para o quarto, que queria ficar ali. O que vivi naqueles poucos minutos no banheiro não foi só o nascimento da minha primeira filha, mas o nascimento de mais indagações que me motivariam futuramente a chegar nessa pesquisa. De cócoras, com as costas apoiadas na enfermeira Henielly, enquanto que em minha frente a Honielly fotografava com seu celular a cabecinha de minha bebê e me mostrava, pude conhecer o “partejar” que o meu obstetra disse que não fazia. Elas me falavam “Eu sabia que você era uma gatinha parideira, só estava procurando um cantinho pra parir sossegada.”, “Não é a toa que sua filha será leonina, você tem uma força de leoa!”, “Você está conseguindo e estamos com você.”, ao mesmo tempo em que Honielly gritava: “Menos uma!”. Só fui entender o que esta frase significava depois. Ela dizia “menos uma!” para o obstetra que aguardava do lado de fora pelas cinco contrações que ela havia pedido para que ele aguardasse. Minha bebê nasceu em menos de cinco contrações, no banheiro, de cócoras, acompanhada apenas das duas enfermeiras obstetras.

No ano seguinte tive outra experiência com o trabalho das mesmas enfermeiras, grávida novamente com uma gestação de alto risco, conforme as prescrições médicas eu deveria parir no hospital público da cidade, onde não era permitido nem o pai do bebê como acompanhante, muito menos a presença de doula e enfermeiras obstetras de fora do hospital. Mas combinei com elas que acompanhariam meu trabalho de parto em casa e me encaminhariam ao hospital quando necessário. Isso se eu não tivesse entrado em trabalho de parto prematuramente, nas 35 semanas de gestação. As enfermeiras Honielly e Henielly não estavam na cidade e então tiveram que me auxiliar por telefone. Orientaram-me a cronometrar as contrações, observar o líquido amniótico que saía e observar o bebê mexendo. Honielly ligou no hospital para saber quem era o médico de plantão, pois isso aconteceu em uma madrugada de sexta para sábado. Sua orientação foi que se eu pudesse aguentar até às 7h da manhã para ir ao hospital seria melhor, pois segundo ela o obstetra que estaria ali até às 7h costumava fazer muitas intervenções, até lavagem intestinal, por exemplo.

Eu estava me sentindo muito bem, e como já conhecia o trabalho de parto, sabia que não estava em uma fase ativa que é mais próxima ao momento do nascimento. Sendo assim, somente as 9h da manhã de sábado fui ao hospital, a enfermeira Honielly ligou lá e conversou com uma amiga também enfermeira que estava de plantão no centro obstétrico daquele dia, contou sobre mim, disse que eu já havia passado por um parto humanizado, que eu queria parir e eles não teriam necessidade de intervir em nada para acelerar o processo, que eu estava certa sobre o meu desejo e entendia o parto não como sofrimento. Essa notícia que eu já havia feito um parto humanizado se espalhou por todo o centro obstétrico, isso primeiramente me preocupou, pois eu pensava: ou irão me tratar com desdém, ou irão me tratar com muito cuidado por ser alguém que questiona a violência obstétrica.

A segunda orientação que recebi das enfermeiras Honielly e Henielly foi de que quando chegasse ao hospital eu relatasse o meu trabalho de parto na consulta utilizando termos técnicos demonstrando que eu tinha conhecimento sobre tudo isso, sobretudo, sobre o meu corpo. Ao mesmo tempo, que falasse com muito respeito e pedisse, nunca impondo, para que me deixassem parir sem intervenções desnecessárias, que contasse do meu primeiro parto que havia sido tranquilo e que eu gostaria que fosse assim novamente. Depois do internamento não tive mais contato com elas, mas toda a minha preparação desde a primeira gestação foi fundamental para me garantir um parto sozinha e tranquila. Sozinha no sentido de que eu não pude ter o acompanhamento de nenhum familiar meu. Mas eu dividi o quarto com mais duas mulheres também em trabalho de parto. Fiz tudo o que eu aprendi com as enfermeiras obstetras para me auxiliar no parto, como: caminhar bastante (caminhei pelos corredores do centro obstétrico), tomar bastante água, comer, mexer o quadril e tomar um banho demorado na água quente.

Percebi que minha segunda filha estava para nascer no momento em que médica e enfermeiras saíram do quarto levando uma de minhas companheiras de quarto para a sala de parto. Ela iria parir da maneira tradicional, como comumente ocorre nos hospitais, em posição de litotomia. Percebendo que eu precisava auxiliar-me para o nascimento acontecer, fiquei de cócoras no quarto sem o apoio de ninguém e com um toque senti a cabeça da minha filha saindo de meu corpo. Preferi voltar para a cama e deitar porque tive medo de não conseguir segurar minha filha nessa posição, caso não desse tempo de alguém chegar para auxiliar. Gritei: “doutor, está nascendo!”. Ele, a médica residente, enfermeira e pediatra chegaram em poucos segundos e apenas assistiram minha filha nascer. O que ouvi da médica foi “Nossa, se

a gente não chegasse a tempo você teria sua filha de cócoras igual índio”. Foi grande sua surpresa quando respondi que a primeira filha havia nascido de cócoras, tanto que essa notícia também se espalhou pelo hospital.

Foi com mais essa experiência que fui observando e me questionando sobre o “partejar” e os profissionais que atendem o parto, mas principalmente sobre as relações entre esses profissionais, seus papéis e o porquê da denominação “parteira urbana”.

A categoria parteira já quase apagada nessa região sul do país, ressurgiu em meio à discussão da humanização do parto ganhando cada dia novos adeptos de sua contratação para acompanhamento do parto com a denominação de “parteira urbana”, tratando-se de uma categoria ênica. No século XVIII na Europa já havia uma referência às parteiras qualificadas e treinadas pelas escolas mantidas pelos municípios, enquanto as demais parteiras haviam aprendido a partejar por tradição ou necessidade. (VIEIRA, 2002, p. 49). No Brasil, segundo Osawa; Riesco e Tsunehiro (2006), a primeira parteira diplomada pelo curso de partos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro foi a francesa Marie Josephine Mathilde Durocher, formada em 1834. Tais parteiras diplomadas passaram a atuar em maternidades subordinadas à autoridade médica. E foi no fim do século XIX que médicos brasileiros sugeriram uma associação do trabalho da parteira e da enfermeira, medida que limitava a independência da parteira e restringia seu espaço de atuação. “O curso de partos foi planejado para manter as parteiras dentro dos limites impostos pela medicina, oferecendo uma formação essencialmente prática.” (Osawa; Riesco e Tsunehiro, 2006). Esses cursos passaram a ser subordinados a uma área da medicina, mas algumas escolas de enfermagem criaram seus próprios cursos de partos em formato de especialização. Em 1949 o diploma de enfermeira poderia ser complementado com um curso de especialização em Enfermagem Obstétrica seguindo a legislação do ensino da enfermagem e não mais da medicina.

A categoria “parteira urbana”, assim como o despontar de outras profissionais do parto – como a doula – ressurgiu com o movimento chamado “Humanização do Parto” a partir da década de 1990 no Brasil. Neste movimento a discussão está centrada na crítica ao sistema obstétrico vigente e em uma nova proposta de atenção ao nascimento, como aponta Carneiro (2015). O termo “parteira urbana” passa a denominar então não só as parteiras diplomadas – obstetrites – mas também as enfermeiras obstetrites que atendem partos domiciliares. Essa modalidade de atendimento ao parto passou a ser recomendada por órgãos como a

Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda que a prática do parto domiciliar, mesmo com respaldo legal, seja recriminada por alguns Conselhos Regionais de Medicina e desestimulada pelo Conselho Federal de Medicina, como apontam os Cadernos Humaniza SUS², do Ministério da Saúde (2014).

Nesta pesquisa me proponho a refletir sobre as práticas vigentes no cenário obstétrico atual a partir dos sujeitos “parteiras urbanas”, em especial aquelas que compõem a Equipe Manjedoura, equipe de Enfermeiras Obstetras que atua no município de Cascavel (PR), com base em um trabalho etnográfico. Tal proposição implica em uma atenção às noções constituintes dos sujeitos que se autodenominam “parteiras urbanas”, assim como uma análise de suas práticas, problematizando se estas se distinguem ou não das práticas do parto medicalizado, bem como indagando sobre as concepções de parto e corpo feminino. Busco, assim também, apreender as dinâmicas de relações entre parteiras, parturientes e outros sujeitos que interagem, das zonas de conflito e disputa pelo poder sobre o corpo que pare e definições relacionadas à categoria de parteira.

CONTEXTUALIZAÇÃO E HISTÓRICO DE DISCUSSÕES ACERCA DO TEMA

Guiada inicialmente por reflexões teóricas como as propostas por Vieira (2002), Bessa e Ferreira (1999) e Gayoso; Mello e Muller (2013), de modo a compreender o histórico de atuação da parteira e o processo de medicalização do parto, pude colocar tais reflexões em discussão com as leituras de Carneiro (2015) sobre o movimento crítico às práticas obstétricas vigentes, conhecido também como “Movimento da Humanização do Parto”³.

A via de nascimento é conhecida comumente, como parto, o que etimologicamente segundo o dicionário Houaiss (2017) significa:

Acepções □ substantivo masculino **1.** *Rubrica: obstetrícia.* Conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo da

² Organizado pelo Ministério da Saúde, os Cadernos Humaniza SUS apresentam uma série de artigos, publicações e relatos de experiências acerca do tema relativo a campos de análise e intervenção às práticas de saúde do SUS, nos quais a Política Nacional de Humanização (PNH) tem se dedicado.

³ Não existe uma denominação única para este movimento, como observa Pulhez (2015). Por isso diversas nomenclaturas, como “Movimento pelo parto humanizado”; “movimento em apoio pela humanização do parto”; “movimento pela humanização da assistência materno-infantil”, poderão ser utilizadas durante o texto como referência à luta política pelo “parto humanizado”.

mãe; parturição. 2. *Derivação: sentido figurado.* Trabalho, tarefa ger. exaustiva e difícil, e quase sempre resultante de uma anterior elaboração.

Dentro da categoria parto encontram-se duas formas: o parto normal, vaginal, com ou sem intervenções médicas e farmacológicas; e a cesariana que é um parto através de intervenção cirúrgica. O parto normal é por onde transitam os sujeitos deste estudo, as “parteiras urbanas” e se constitui a problemática do mesmo, portanto sobre ele recai maior atenção neste texto.

Segundo Carneiro (2015), atualmente no Brasil 52% dos partos na rede pública e 88% dos partos na rede privada acontecem de forma cirúrgica. Isto deixa o país na posição de líder mundial das cirurgias cesarianas e aponta um fenômeno: que parir através de cirurgia é a opção da maioria das mulheres e dos profissionais da área obstétrica. A questão que muito se discute atualmente é como os partos – cesáreas e partos normais – têm acontecido nos centros cirúrgicos do país. “Parto humanizado” é a prática que está sendo reivindicada a partir dessas discussões sobre o cenário obstétrico do país atualmente.

Carneiro (2015) aponta que por “parto humanizado” entende-se aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis, que respeita o tempo de cada mulher para parir, em ambiente acolhedor e que tenha o seu consentimento para qualquer ação realizada. Fleischer (*apud* Carneiro 2015) ainda acrescenta que nessa definição se pode incluir também os partos cirúrgicos (por cesariana) contanto que sejam desejados, planejados e consentidos pelas mulheres em questão. A autora chama a atenção para a necessidade de evitar que o contramovimento repita os padrões ditatoriais alvos de sua crítica, ou seja, a imposição médica por cesarianas sem real indicação e sem o desejo da mulher por essa opção. O que a autora observa é que não é aconselhável nenhuma cultura obstétrica imposta, até mesmo uma de partos normais.

Foi a partir da década de 1990 que o termo parto humanizado passou ter visibilidade no Brasil, como crítica ao sistema obstétrico e uma nova proposta de atenção ao nascimento. Profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas médicas da época se reuniram criando uma Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa), rede cuja denominação surge somente em 1993. Segundo Carneiro (2015), o ReHuNa criticava as altas taxas de cesáreas e o descumprimento das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1985, sobre o parto, puerpério e saúde materno-infantil. Pouco depois mulheres usuárias do sistema

de saúde privado brasileiro também passaram a se mobilizar através de espaços virtuais, páginas e grupos, como: www.amigasdoparto.com.br, www.partodoprincipio.com.br e o *Grupo de Apoio à Maternidade Ativa – Gama*. Uma movimentação que se iniciou em pequenos grupos e propostas isoladas, para depois somarem-se como nos encontros do ReHuNa.

Carneiro (2015) relata que, em 2010, Brasília sediou a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento com a participação de 2.500 pessoas, entre elas: médicos, parteiras tradicionais⁴, parteiras urbanas, enfermeiras, doulas e ativistas do parto humanizado. Isto levou o país a ser apontado como liderança do movimento de humanização do parto, dado o grau de sua mobilização. No entanto, Carneiro (2015) ressalta que por ser pontual, previamente virtual e pulverizado, é difícil apontar esse ativismo como movimento social. O movimento do parto humanizado não possui uma mobilização organizada a nível nacional, estadual ou regional, nem instâncias formais ou presenciais de deliberação. Os encontros são agenciados e mobilizados a partir de uma agitação prévia que se dá exclusivamente pela internet. Dessa forma a autora sugere que seja entendido como um novo modelo de ação social que tem na *web* sua maior ferramenta de ativismo.

A partir da movimentação pelo parto humanizado, várias questões se desdobram: novas formas de ativismo social, com audiências públicas e projetos de lei contra a violência obstétrica; outras leituras de corpo feminino, sexualidade e reprodução; novos modelos e sistemas de saúde; outra relação entre o Estado e os corpos dos indivíduos; a circulação de imagens e relatos de parto na internet; e o despontar de novos profissionais do cuidado, como as doulas e as enfermeiras obstetras. A investigação desta pesquisa estará centrada na figura dessas profissionais – enfermeiras obstetras – que surgem com força nesse cenário da humanização, com a também denominação de “parteiras urbanas”. Como ela se constrói enquanto profissional do parto e sujeito ativo do movimento da humanização do nascimento? Como transita entre o meio médico e os saberes tradicionais? Como delimita seu espaço em um cenário que privilegia o rigor médico ao mesmo tempo em que desvaloriza saberes populares? Como integra sua prática na contemporaneidade? Essas são algumas das questões que proponho problematizar nesta pesquisa.

⁴ A categoria êmica “parteira tradicional” será mantida na pesquisa como forma de diferenciá-la das outras categorias de parteiras.

Há uma ampla bibliografia acerca do tema parto, assim como vários estudos referentes às “parteiras tradicionais” e a construção de suas práticas. No entanto, em relação às “parteiras urbanas” há poucos estudos e uma deficiência na literatura sobre quais suas práticas e identidades, como sujeito integrante do universo do parto. Pesquisas recentes lançam um olhar para as reivindicações das mulheres gestantes (ou não) em relação ao parto e à prática obstétrica nos hospitais, mas não encontramos estudos que problematizem essa profissional chamada “parteira urbana”, que parece ter buscado em uma categoria construída no século XVIII, uma forma de delimitar ou conquistar um novo espaço.

O que se encontra sobre a construção da categoria “parteira” é que a assistência à mulher durante o parto, por muito tempo, foi realizada por elas que eram conhecidas também como *cachimbeiras* e *fazedoras de emergência*. As parteiras compartilhavam, em geral, da mesma realidade sociocultural das mulheres as quais assistiam no parto. Aquelas mulheres cujo preparo e conhecimento técnico proviam de suas experiências em realizar o parto no domicílio, também são identificadas como parteiras leigas ou parteiras tradicionais. (BESSA e FERREIRA, 1999).

Cavalcante (*apud* Bessa e Ferreira 1999) descreve as parteiras tradicionais como mulheres que exercem sua função a partir de um saber empírico que geralmente foi transmitido por alguma das mulheres da família ou vizinha. No Brasil estas mulheres ainda se fazem presentes e são muito atuantes, em especial, nas regiões Norte e Nordeste. A referência “tradicional” a estas parteiras ganhou destaque no século XVIII no início do processo de medicalização do parto, como veremos posteriormente (Vieira, 2002).

Gayoso; Melo e Müller (2013) entendem que o gerar, o parir e o nascer são repletos de costumes, saberes e fazeres que são transmitidos pelas gerações. Esses saberes, inseridos em um cotidiano familiar, são de conhecimento de muitas pessoas constituindo-se como patrimônio cultural de nossa sociedade. Esse conhecimento está centrado na figura da parteira tradicional.

A sabedoria das parteiras é adquirida na prática ou com parteiras mais experientes e sua iniciação no ofício acontecia geralmente por uma emergência, quando precisavam ficar com uma parturiente até a parteira chegar e o bebê nascia nesse meio tempo. Algumas relatam que sua atuação é “um destino divino”, um “dom que Deus me deu”. Gayoso; Melo e Müller

(2013) apontam que a vivência dos próprios partos, através da observação de sua parteira, já agrega conhecimento de situações e práticas. Poucas são as que aprenderam o ofício através de um familiar, já que as mães parteiras consideravam o conhecimento inadequado para meninas e mulheres solteiras. Portanto, havia uma tentativa de se esconder os procedimentos relacionados ao parto. Mas foi no cotidiano que ocorreu a transmissão e a reprodução dos saberes tradicionais, o ofício da parteira, então, se constituiu em um processo de trocas simbólicas.

Alguns fatores contribuíram para a desconsideração dos saberes das parteiras tradicionais. Gayoso; Melo e Müller (2013) apontam alguns deles, como: a medicalização do parto e do nascimento, a ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), a imagem de segurança da maternidade que a classe médica procura passar para a sociedade urbana e contemporânea, a possibilidade de anticoncepção que influencia na diminuição da taxa de natalidade, o acesso mais fácil a meios de transportes e a valorização do saber científico na sociedade.

BREVE PANORAMA DO CAMPO PESQUISADO

Embora com algumas reflexões teóricas iniciais e indagações suscitadas pela própria experiência no parto, o campo precisava ser explorado um pouco mais a fundo com o intuito de observar o que estes sujeitos “parteiras urbanas” apresentam de uma outra ótica que não a minha de parturiente ou pesquisadora.

A Equipe Manjedoura, cujos sujeitos e práticas pretendo compreender nesta pesquisa, atua no município de Cascavel (PR) o qual apresenta atualmente a realização de partos domiciliares assistidos pelas três “parteiras urbanas” (enfermeiras obstetras). A equipe atende não só o município em questão, mas também cidades vizinhas. Cascavel está situada na mesorregião Oeste do Paraná e tem 286.205 habitantes, 94,36% de urbanização e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,780, segundo o censo de 2010. Ocupa assim o 4º lugar do ranking de IDH-M do Paraná, ficando atrás apenas de Curitiba, Maringá e

Quatro Pontes. O município possui um Plano Municipal de Saúde que apresenta as intenções e os resultados, nesta área, a serem buscados no período de quatro anos.

De acordo com dados do DATASUS, do Ministério da Saúde, apresentados pela Secretaria de Saúde de Cascavel (2017), dos 4.450 nascidos vivos em 2012 no município de Cascavel, 60,2% foram de cesárea e 39,8% por parto vaginal. A taxa de cesariana no Paraná em 2011 foi de 61% e o percentual de pré-natal com sete ou mais consultas foram de 82%. Cascavel acompanha essa variação de cesariana do Paraná, no entanto, a cobertura do pré-natal com no mínimo sete consultas é de 72%.

Segundo a Secretaria de Saúde de Cascavel (2017), no que diz respeito a rede hospitalar, Cascavel pode ser considerada um grande polo de medicina, pois possui nove hospitais, três universidades com cursos na área da saúde e duas destas ofertando a graduação em Medicina. A Secretaria de Saúde de Cascavel (2017) aponta a existência no município de 1046 leitos, o que equivale a 3,57 leitos por 1000 habitantes. Conveniados ao SUS são seis hospitais com oferta de 387 leitos. E que atendem parto, ao todo, são quatro hospitais. Dois destes são conveniados ao SUS, o Hospital São Lucas e o Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). O primeiro atende somente gestantes de risco habitual e parto a termo, ou seja, que ocorre após as 38 semanas de gestação. O segundo conta com estrutura que pode atender inclusive gestações de alto risco. Como o número de leitos e infraestrutura não correspondem a demanda, o HUOP não permite a permanência do acompanhante da gestante em seu Centro Obstétrico durante o trabalho de parto e parto. Para pré-natal na rede pública o município conta com 36 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 2 ambulatórios de alto-risco sendo um destes anexo ao HUOP.

Para atender as recomendações de uma assistência humanizada e de qualidade à gestação e ao parto, as UBS realizam periodicamente palestras de orientação aos cuidados na gestação e de preparação ao parto. Trata-se de uma roda de conversa com gestantes que realizam o pré-natal naquela unidade de saúde, mediada por um enfermeiro, médico, ou assistente social. A gestante tem a possibilidade de sanar suas dúvidas e os profissionais tentam de forma clara expor os tipos de partos e quais são os procedimentos em cada um deles.

Em 2011 passou a ocorrer no município uma nova modalidade de atendimento obstétrico, o parto domiciliar. Como essa prática não está vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, embora observe-se a recomendação por parte do Ministério da Saúde (2014) do parto no local em que a mulher se sinta mais confortável e segura, o parto domiciliar em Cascavel surgiu com o convite de uma gestante à uma enfermeira obstetra da cidade, Tatianne Frank, para que acompanhasse seu primeiro parto em casa. A partir daí surgiram outros convites à enfermeira, vindos de amigas e conhecidas da gestante. A enfermeira obstetra, que também era professora e enfermeira de um hospital privado da cidade, acompanhou alguns partos domiciliares pelo período de um ano aproximadamente. Ao mesmo tempo, auxiliou na ampliação e melhoria do atendimento ao parto no hospital ao qual trabalhava, com a inclusão do parto natural na água dentro do hospital. A enfermeira mudou-se para o nordeste do país e não se tem informação de partos domiciliares em Cascavel desde sua mudança até o ano de 2013, que foi quando a enfermeira Honielly iniciou sua prática nessa modalidade de atendimento à domicílio. Honielly atualmente possui uma equipe de três “parteiras urbanas”, a qual deu o nome de Equipe Manjedoura.

A equipe Manjedoura, formada pelas três enfermeiras obstetras – Honielly, Henielly e Priscilla – conhecidas também como “parteiras urbanas”, atende partos domiciliares planejados e partos hospitalares somente em um hospital da rede privada de Cascavel (PR). Em outro hospital da cidade, que atende gestantes tanto do sistema privado quanto do sistema público, a equipe tem acesso apenas como acompanhante da gestante, não podendo realizar sua função de enfermeiras obstetras. Função esta que fica a cargo de enfermeiros do próprio quadro de funcionários do hospital.

A equipe está consolidada no município desde dezembro de 2016, anterior a isso duas das “parteiras urbanas” se revezavam no atendimento ao parto desde 2013. As enfermeiras possuem um parentesco – sendo duas irmãs e uma prima em primeiro grau –, vindas de famílias humildes, de outros estados para o Paraná; Honielly e Priscilla estudaram o ensino básico em internato da religião adventista, enquanto Henielly está em ensino regular. Honielly e Henielly são casadas e a Priscilla solteira, dividindo sua residência com uma colega; todas possuem formação em Enfermagem com especialização em Obstetrícia, uma especialização necessária para que possam atender partos domiciliares. Apenas uma delas, Honielly, a primeira a iniciar as atividades como parteira no município, possui também

especialização em Parteria Urbana. Tal especialização ocorre anualmente na cidade de Recife, conduzida pelo Grupo Cefapp⁵, uma instituição de educação e formação de profissionais da área da saúde. A Parteria Urbana é um curso dirigido a Enfermeiros Obstetras, Obstettrizes, Médicos Obstetras, Médicos da Saúde da Família, Pediatras e Neonatologistas; com o objetivo de capacitar estes profissionais para o atendimento ao parto domiciliar planejado nos preceitos da humanização do parto (CEFAPP, 2017).

As enfermeiras da equipe relataram que mesmo que não possuam o curso específico em Parteria Urbana oferecido pelo Grupo Cefapp, elas se denominam “parteiras urbanas” pelo fato de observarem que isso as aproxima da humanização do parto. Sentem a necessidade de valorizar sua categoria de enfermeiras obstetras, mas afirmam não concordar com a prática de enfermeiros obstetras em hospitais. Posicionamento semelhante ao do meu médico obstetra na consulta de pré-natal em que me indicou o serviço das parteiras. Como consideram a sua prática como um atendimento humanizado isto faz com que se autodenominem como “parteiras urbanas”. O campo indica dessa forma que a categoria atualmente está relacionada à prática humanizada do atendimento à domicílio.

ALGUNS PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS E ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A pesquisa apresenta um olhar etnográfico por entender que tal abordagem possibilita a compreensão de que a cultura na qual as “parteiras urbanas” estão inseridas é um sistema de significados cujas ações, interações e estruturas sociais estão sendo mediadas. Possibilidade que Mattos acredita que seja pela introdução dos “atores sociais com uma participação ativa e dinâmica no processo modificador das estruturas sociais” (2011, p. 50).

Embora o estudo tenha uma motivação pessoal, de vivência e experiência com o atendimento do objeto aqui explorado, busco como antropóloga entrar nesse campo de disputa de habilidades e conhecimentos no cenário obstétrico como forma de aproximar-me de uma realidade concreta privilegiada pela prática. Se a ideia de “parteira urbana” pode ser definida

⁵ Mais informações sobre a instituição em: www.grupocefapp.com.br

conforme as concepções locais e não somente pelo trabalho obstétrico que realizam, partir de um ponto – uma equipe de três enfermeiras obstetras – não significa pressupor que estas representam um todo do modelo de “parteria urbana” presente em nosso país. Mas significa que o seu contexto social, que não pode ser descolado dos sujeitos, dá sentido às suas práticas. É o que Mintz *apud* Fleischer (2011, p.90) demonstra que “o empreendimento etnográfico deve voltar-se para algum objeto relacional. [...] Fatos dificilmente existem sem relações”.

Claro que meu relacionamento de amizade, criado justamente pelo vínculo que a assistência que as “parteiras urbanas” prestaram aos meus partos favoreceu a minha aproximação como pesquisadora. Mas ressalto que o interesse de minhas informantes e minha convicção, de que suas práticas de atendimento obstétrico deveriam estar disponíveis para que outros pudessem também analisar, foram fundamentais para que a etnografia fosse estabelecida. Não que esta prática de análise seja vista como recurso, e agora reafirmo o que Peirano (2014) esclarece, que a etnografia não se trata de um método, mas ela por si só é também teoria. “Se é boa etnografia, será também contribuição teórica; mas se for uma descrição jornalística, ou uma curiosidade a mais no mundo de hoje, não trará nenhum aporte teórico” (PEIRANO, 2014, p. 383). Nesse sentido a etnografia é parte do empreendimento teórico da antropologia e não se trata, portanto, de um mero detalhe metodológico que antecede a teoria.

O trabalho etnográfico nesta pesquisa consiste no acompanhamento do atendimento às gestantes e parturientes realizado pela Equipe Manjedoura, no pré-parto, parto e pós-parto. Num primeiro momento realizo uma microanálise etnográfica levando em consideração não somente a comunicação ou interação dos sujeitos da Equipe Manjedoura, mas a relação entre a interação e o contexto social maior em que está inserido. Considerarei micro no sentido que Mattos (2011) dá ao termo, por estudar particularmente um evento ou parte dele, ao mesmo tempo em que se dá ênfase às relações sociais em grupo como um todo. Em um segundo momento a etnografia caminha mais no espaço onde a atuação das “parteiras urbanas” permita essa análise prática da relação com o meio. É o momento que não envolve apenas minha interação e relacionamento com a equipe, mas o envolvimento com as famílias para as quais elas prestam serviço e por consequência a autorização destas quanto a minha circulação neste espaço.

No primeiro capítulo, *Quem são as parteiras da Manjedoura?* apresento as “parteiras urbanas” da equipe a partir da história de vida, formação escolar e trajetória acadêmica, assim como a inserção no mercado de trabalho, com o intuito de compreender o que caracteriza um sujeito como “parteira urbana”. Fleischer (2011) vai além da dicotomia não só de cultura/biologia, como também de tradição/modernidade, parteiras/biomedicina; falando de uma “intermedicalidade”. Para isso ela utiliza o conceito de *Authoritative Knowledge* – conhecimento autoritativo – da antropóloga alemã Brigitte Jordan, que mostra que o conhecimento é provisório e negociado. Em certo momento o conhecimento das parteiras pode ter autoridade perante outros tipos de conhecimentos. Quando as caracterizamos como um “outro” (tradicional) nos julgamos “modernos”. A ideia de “parteira” para a autora deve ser definida conforme as concepções locais e não somente pelo trabalho obstétrico realizado. Segundo ela, se há uma diferença entre a cultura específica do partejar e de uma cultura biomédica de partejar, é porque existe uma força imperiosa médica dominante.

O saber popular das parteiras, para Fleischer, está mais relacionado a um estilo de fazer do que a caracterização de um grupo. Ela resgata a ideia de popular na performance de *off-stage* de Scott (1985, 1990), de que popular é aquilo que os sujeitos realizam por trás dos bastidores. Ou seja, não dá pra destacar a prática de seu uso concreto e situacional. Existe disputa por poder e autoridade entre as parteiras e estas também incorporam vários elementos de outros sistemas médicos (não só o biomédico).

As diversas relações de poder que permeiam a prática das “parteiras urbanas” vão aparecendo durante a pesquisa nas diferentes etapas de atendimento, na organização de quem fica responsável pelo encaminhamento do parto, por quem se responsabiliza em alguma intercorrência – parteira ou obstetra – e em outras situações. Embora exista um poder econômico muito presente na “humanização do parto”, há também um poder relacionado a autoridade intelectual dos envolvidos, do que seja tarefa de uma “parteira urbana” e o que seja tarefa de um obstetra. Analisando pela ótica de Foucault (1993), o poder não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força. Para o autor as relações de poder se estabelecem por meio da produção, acumulação, circulação e funcionamento de discursos de verdade. Neste sentido, analiso no primeiro capítulo o discurso e o posicionamento quanto a autoridade no parto das parteiras da Equipe Manjedoura. Um discurso que fica evidente na prática de atendimento a partir da visão de

corpo e nascimento construída pelas parteiras em suas trajetórias, não só acadêmicas e profissional, mas também religiosa.

Ainda no primeiro capítulo trago as referências da Equipe de parteiras, desde a professora incentivadora da área obstétrica, ao curso de Parteria Urbana realizado em Recife / PE por Honielly. Uma análise do início da realização de partos domiciliares no município com a “parteira urbana” Tatianne Frank oferece importantes aspectos para a compreensão do campo de atuação que se formou nos últimos anos para a Equipe Manjedoura.

Para a construção deste capítulo utilizo como fonte de informação as entrevistas abertas, individuais, realizadas em momentos diferentes, com cada uma das parteiras. Estas serão também fontes importantes para a construção dos demais capítulos, em conjunto com outras que mencionarei a seguir. As entrevistas foram construídas com base em um roteiro (Anexos), mas que se delineou por diferentes caminhos conforme minhas entrevistadas relatavam suas experiências. A entrevista ocorreu no local de escolha de cada parteira, Honielly escolheu a casa da mãe, Priscilla escolheu sua casa e Henielly propôs uma entrevista dentro do carro no trajeto que fazíamos de Toledo à Cascavel. A intenção era que minhas informantes me relatassem suas trajetórias de vida e caminhos percorridos até chegar ao que entendem por “parteira urbana”. Tentei capturar as emoções durante os relatos, representados da seguinte forma: [risos], [choro].

No segundo capítulo apresento e analiso a formação da equipe, sua organização e as relações entre as “parteiras urbanas”. Surge aqui de quem são as responsabilidades, desde quem faz o primeiro contato com a gestante, apresenta o contrato de trabalho, expõe as burocracias e administra a compra de materiais e os pagamentos de cada uma. O capítulo intitulado *O “nascimento” da Equipe Manjedoura* também apresenta a interação entre parteiras e gestantes através do espaço virtual. Para tanto, busco como referência os estudos sobre a etnografia no ciberespaço de Rifiotis (2016). O contato virtual das parteiras ocorre através das redes sociais *Facebook* e *Whatsapp* e mostra um relacionamento que vai além da relação estrita entre parteira e parturiente. O capítulo foi construído com base nas entrevistas individuais com cada parteira, nos relatos de partos disponíveis na página social do *Facebook* da equipe, nas publicações de cunho informativo sobre o parto e a atuação destas, e por meio de algumas conversas das parteiras em grupos de *Whatsapp*.

No terceiro capítulo, intitulado *Histórias de parto*, busco descrever a forma de atuação da Equipe Manjedoura de modo a identificar as relações de poder e conflitos existentes entre a própria equipe, parteiras e médicos, parteiras e parturientes, na disputa pelo corpo que pare. O capítulo está organizado em três momentos a partir de três histórias de partos que acompanhei. Por meio de cada uma das histórias busquei analisar uma etapa do atendimento das parteiras: o pré-parto, o parto e o pós-parto. Relato também neste capítulo o caminho seguido e minhas dificuldades em me inserir no campo, no acompanhamento do parto domiciliar. Utilizo pseudônimo para cada família que acompanhei e para cada uma destaco uma etapa do atendimento das parteiras. Por ser um ambiente privado e não obter autorização das famílias para fotos, trago neste capítulo somente a descrição dos espaços e algumas fotos disponíveis publicamente nas redes sociais.

Como disse anteriormente, o campo de atuação das “parteiras urbanas” em Cascavel (PR) aponta para uma relação de poder e disputa não só entre elas e a classe médica, mas também dentro da própria equipe atuante no município. O que Nascimento et al. (2009) ressaltam é que quando as parteiras assumem seus papéis em maternidades, obedecem a uma hierarquia, na qual estão colocadas num nível inferior ao de outros profissionais. Isto é diferente de quando se trata de um parto domiciliar, no qual são responsáveis pelo processo. Neste movimento as próprias “parteiras urbanas” distanciam-se, por vezes, dos saberes e das técnicas das “parteiras tradicionais”, que são substituídos por métodos mais assépticos e higiênicos.

É importante refletir que embora o nascimento remeta, num primeiro momento, a um evento puramente fisiológico, sofre influências sócio-culturais do meio tornando-se um momento cercado de simbologia. Em outras palavras Lévi-Strauss (1982) diria que os seres humanos, ao mesmo tempo que são seres biológicos, são indivíduos sociais e é impossível esperar neles o que ilustra ser comportamentos de caráter pré-cultural. O que o autor deixa claro é que nenhuma análise real permite apreender em que ponto se dá a passagem entre a natureza e a cultura. O que se pode dizer é que “em toda parte onde se manifesta uma regra podemos ter certeza de estar numa etapa da cultura” (LÉVI-STRAUSS, 1982, p. 47).

O parto do ponto de vista da humanização, como mostra Carneiro (2015), reconhece o saber médico e científico ao mesmo tempo em que se opõe ao predomínio da tecnologia, por partir do pressuposto de que o parto não é um ato médico, é somente fisiológico. Mas o

mesmo discurso reconhece que o parto é a soma de um acontecimento psíquico, emocional, cultural, pessoal, familiar, social, sexual e espiritual. O *natural* e o *humanizado* do termo, para Carneiro (2015), precisa ser percebido para além dos seus sentidos mais tradicionais. O *natural* aparece mais como uma oposição ao excesso de cultura e tecnologia, tidas como desnecessárias e agressivas, enquanto o *humanizado* é utilizado para caracterizar o nascimento, ou o momento do parto, como um momento no qual os desejos das mulheres são observados.

Descola (2002) aponta que a natureza não tem sentido senão em oposição às obras humanas que, neste caso, denominam-se como cultura, sociedade ou história. O que o autor observa é que em todas as sociedades admite-se a existência de fragmentos da natureza, mas somente no Ocidente dá-se à oposição da natureza, a sociedade, um papel de liderança na cosmologia. Para fugir desse etnocentrismo presente nesta dicotomia – natureza X sociedade – é preferível fazer uma distinção entre o que seja natural e o que seja cultural menos repleta de implicações morais, filosóficas e epistemológicas.

Outra problematização realizada neste terceiro capítulo diz respeito a busca das mulheres gestantes pela “parteira urbana”, como forma de garantir o protagonismo de seu parto e o controle de seu próprio corpo. Como Pulhez (2015) claramente expõe, o movimento da humanização do parto aponta que a medicina e a medicalização do parto teriam roubado da mulher o conhecimento do próprio corpo fazendo com que desaprendessem como parir. Pulhez (2015) destaca ainda que se as informações fossem passadas corretamente as mulheres não escolheriam livremente a uma cesariana. O que pressupõe que há informações sendo omitidas por parte da classe médica às mulheres por inúmeras finalidades.

ONGs que lutam pela humanização do parto parecem considerar as parteiras como “expoentes de um partejar muito mais próximo da ‘natureza’” (FLEISCHER, 2011, p.21) e como mantenedoras de uma forma milenar de partejar. O que Fleischer observa é que nem sempre as práticas das parteiras atualmente correspondem a uma ideia de “autenticidade”, “respeito às mulheres”, “tradição” e “altruísmo” como *ongueiras* esperam. O que contrapõe duas ideias cristalizadas nos estudos sobre o parto: que os terapeutas tradicionais se destacavam como figuras altamente respeitadas na comunidade e de que parteiras por serem mulheres teriam um vínculo “especial” com as gestantes. A contribuição feminista aparece no pleito por desbiologizar, desessencializar e desmedicalizar eventos como o parto. Por entender

que o parto e a contracepção não são eventos estritamente biomédicos, mas político-culturais. É nele, portanto, que a figura paterna também surge com grande participação, desde o acompanhamento nas consultas de pré-natais, consultas com parteiras e doulas e participação durante o trabalho de parto – apoiando emocionalmente a esposa, auxiliando com massagens, alimentação e banho, e no pós-parto.

Seriam, então, as parteiras urbanas um escudo para a luta em prol do direito de parir, do direito de decidir pelo próprio corpo? De que forma a enfermeira obstetra, atuando como “parteira urbana” em seu contexto garante ou proporciona o “empoderamento feminino” no parto (tão mencionado por ativistas da humanização) e o enfrentamento às práticas obstétricas vigentes?

Carneiro (2015), ao investigar as possíveis relações entre o movimento feminista e esse movimento de mulheres em prol do parto humanizado, observou certa resistência de muitas dessas mulheres em se identificar com práticas feministas. A resistência está no fato de algumas mulheres enxergarem o feminismo e a maternidade como dois opostos, como se o feminismo tivesse sido responsável por impedi-las de exercer integralmente a maternidade, ou terem que assumir uma dupla jornada, no espaço público e no privado. Resgatar a historicidade do feminismo e os estudos que se debruçam a questionar a naturalidade com que certos aspectos foram tradicionalmente ligados ao sexo feminino, como a maternidade, torna-se necessário para a compreensão de como estas “parteiras urbanas” concebem o momento do parto e incorporam essa concepção em sua prática.

O parto domiciliar é compreendido como um campo empírico privilegiado desta pesquisa de modo a analisar as indagações levantadas, com a intenção de apreender a concepção de nascimento para as “parteiras urbanas” e a aproximação e distanciamento com outros profissionais do parto.

1 ENFERMEIRA OBSTETRAOU PARTEIRA URBANA?

1.1 Quem são as parteiras da manjedoura?

A equipe Manjedoura composta por três enfermeiras obstetras possuem em comum, além do orgulho de se denominarem “parteiras urbanas”, o fato de compartilharem uma relação de parentesco e crescerem com os mesmos princípios religiosos. Ela é composta pelas irmãs Honielly e Henielly e por Priscilla, a última a integrar a equipe, que é prima das irmãs e a mais nova também de idade. As três manifestam desde muito pequenas uma curiosidade pela área da saúde, uma curiosidade talvez estimulada pelos próprios pais que mantinham o desejo de ter uma filha médica. Educadas no princípio Adventista, Honielly e Priscilla mantêm até hoje a doutrina e seguem vários elementos característicos desta religião, como uma dieta vegetariana e o sabbatismo (celebração e guarda dos sábados). As duas participam das atividades da igreja, cantam nos cultos e manifestam sempre em redes sociais o agradecimento que têm a Deus. Tais princípios aparecem em muitos momentos durante a atuação das enfermeiras no acompanhamento a gestantes. Henielly embora demonstre também muita religiosidade e fé a um ser superior, não segue os princípios adventistas.

Embora a priori a assistência ao parto siga o mesmo protocolo entre as três enfermeiras, elas se diferenciam em vários aspectos a partir das concepções que cada uma carrega de suas experiências adquiridas. Muito antes do projeto de pesquisa ser de fato concretizado, minhas observações sobre tudo que envolve o ofício das “parteiras urbanas” já eram realizadas. Um pouco de perto, como no caso da minha própria experiência com o trabalho delas em meus partos e nas participações em grupos de apoio à gestante, mas boa parte de longe através de redes sociais e grupos virtuais.

Durante a construção do projeto Honielly e Henielly foram sempre solícitas em responder minhas dúvidas, se mostravam interessadas com a minha futura pesquisa incentivando-me e dispostas a colaborar no que fosse necessário para a realização da mesma. A enfermeira Priscilla eu ainda não conhecia por esta passar a integrar a equipe somente quando eu já havia ingressado no programa de mestrado, o que me fez modificar toda a abordagem inicial do projeto de pesquisa.

A análise em particular de cada parteira, que abordo neste capítulo, ocorre também em momentos posteriores. No entanto, para uma análise da categoria “parteira urbana” é necessário partir das experiências individuais das enfermeiras que compõe o formato de assistência a qual as “parteiras urbanas” da Equipe Manjedoura destacam-se no cenário obstétrico na cidade de Cascavel (PR). Houve abertura pelas parteiras para entrevistá-las e acompanhá-las em suas atividades, porém, por diversas vezes, tivemos que desmarcar nossas conversas em razão delas não possuírem um horário fixo de trabalho. Os nascimentos ocorrem em qualquer dia, em qualquer horário, elas precisam estar sempre em sinal de alerta, disponíveis e priorizar esses atendimentos.

Assim, a apresentação individual das “parteiras urbanas” foi possibilitada através de uma entrevista, reagendada várias vezes e realizada em local escolhido por cada uma delas. Apresento-as seguindo uma ordem da primeira a iniciar os atendimentos na cidade de Cascavel até a última integrante da equipe.

1.1.1 “*Eu sou parteira estudada, sou parteira de formação*”: Honielly⁶

O local escolhido por Honielly para conceder a entrevista foi a casa de sua mãe. Ela disse que estaria lá visitando a mãe que havia passado por uma cirurgia e, como sabia que eu morava próximo, disse que poderíamos aproveitar esse tempo que ela teria livre, sem estar trabalhando, para que conversássemos. Era uma quinta-feira a noite, cheguei no horário combinado e quem me recebeu foi sua irmã Henielly, que também estava lá visitando a mãe. Era uma casa muito grande em um bairro considerado nobre na cidade, as irmãs estavam rodeadas pelos sobrinhos de idades diferentes, de bebês a adolescentes. Convidaram-me para tomar um café e saber mais sobre os meus objetivos com a pesquisa, já que as nossas conversas anteriores só haviam ocorrido por telefone e redes sociais. Honielly se mostrou empolgada e disse que eu poderia iniciar a entrevista já naquele momento: “*Como é? Você vai perguntando e eu respondendo?*”. Expliquei que gostaria que tivéssemos uma conversa sobre sua vida e os caminhos seguidos até chegar a sua profissão, que não seguiria um roteiro

⁶ As falas de Honielly aparecem em itálico como forma de diferenciar de outras citações do texto. Foram retiradas de entrevista gravada no dia 15 de março de 2017.

de entrevista em que eu fizesse as perguntas e ela fosse respondendo de forma categórica, que preferia que ela se sentisse livre para me contar tudo o que sente, o que já viveu e o que pensa sobre sua profissão. Dessa forma ela preferiu que fôssemos ao quarto, para a irmã não ouvir. Hanielly então disse que já estava de saída mesmo e assim se despediu me afirmando que quando desse um tempo ela me avisaria para que fosse conversar com ela também.

Hanielly, ou Honi como é carinhosamente chamada por suas gestantes, é uma mulher religiosa – em muitos momentos de nossa conversa ela menciona Deus como responsável por tudo o que possui até hoje –, casada há aproximadamente quatro anos e atua na profissão de enfermeira obstetra também com mesmo tempo. Nascida em Belo Horizonte, mas criada na Bahia, é a mais velha de três irmãs. Hanielly conta que desde criança se imaginava “vestida de branco” e cuidando de pessoas. De família adventista, Hanielly mantinha o desejo em estudar em um colégio interno adventista, por acreditar na educação de forma completa que aborda todos os aspectos da vida, não só o saber científico, mas um conhecimento pessoal, espiritual, com interação e convivência em grupo e cuidados com a saúde. Em suas palavras: “(...) porque você imagina, eu morava no interior da Bahia, aí eu vou pra um colégio cheio de tudo, a tecnologia que não se via no interior tinha lá... Então assim... nossa, show de bola... é outro nível de vivência assim, entendeu?”.

Iniciou seu ensino fundamental em um internato na Bahia, estado em que morou em várias cidades como: Campo Formoso, Guanambi, Itabuna e Ribeira do Pombal, e finalizou os estudos em outro internato no estado do Paraná. Assim que finalizou o ensino médio ingressou em uma universidade, adventista também, no curso de medicina. Hanielly conta que era um desejo muito grande de seu pai que alguma de suas filhas fosse médica. Ela então conseguiu uma bolsa de estudos parcial através do trabalho do seu pai para que cursasse medicina na Universidad Adventista del Plata, na Argentina: “Medicina é um curso que não dá pra você trabalhar e estudar ao mesmo tempo. Dá pra... eu até fazia uns bicos, vendia umas roupas e fazia pastel pra vender, pra conseguir me manter lá, né?”, afirma. Dessa forma conseguiu se manter por dois anos, no entanto, quando seu pai perdeu o emprego ela automaticamente perdeu a bolsa de estudos. Com isso se mudou com a família para a cidade da avó materna, Dois Vizinhos, e posteriormente foi sozinha morar em Cascavel para que pudesse trabalhar e fazer um curso pré-vestibular para que conseguisse entrar em uma faculdade pública, já que particular não teria condições financeiras de realizar. Segundo ela:

Daí eu passei na Unioeste e aí meus pais me ajudaram a me sustentar assim... pagar o aluguel, né? Quitinete, essas coisas... comida... e eu fazendo uns bicos, eu era diarista... nos horários que eu não tinha aula eu limpava casa pros outros, lavava roupa... era fiscal de prova... tudo que era coisa que aparecesse ((sorrindo)) eu estava dentro. Eu até tentei procurar trabalho, mas como eu não tinha uma profissão, o meu curso era integral de dia, então de noite a gente não tinha muita opção de trabalho, né?

Os pais puderam auxiliar financeiramente nesse período de estudo com uma herança deixada pelo avô materno. Eles receberam uma casa, alugaram-na e com o dinheiro mantiveram o ensino superior das filhas, como ela conta:

(...) meu avô que deu de herança e o que faltou pra terminar o meu pai que terminou ela bem nesse período que ficou sem trabalho... na verdade ele foi meio que aposentado antes da hora, né? E aí... é...: essa casa ficava alugada e com o dinheiro dessa casa que ele me sustentava e depois eu me formei... No ano seguinte a Heni entrou na FAG e ele bancou a Heni aí com o dinheiro dessa casa. Então essa casa ela é muito abençoada... Os meus pais cuidaram bem assim da herança e graças a essa herança e mais um, que daí meu pai recebeu lá um dinheiro de acerto e aí ele conseguiu terminar essa casa... E aí ele alugava pra pastores adventistas aqui do bairro Claudete. Entendeu?

A casa ficou cerca de onze anos com essa função de aluguel para que Honielly e suas irmãs pudessem estudar, enquanto os pais e as suas irmãs moravam com a avó na cidade de Dois Vizinhos, cuidando dela e de um sobrinho com esquizofrenia.

Honielly iniciou a graduação em enfermagem no ano de 2003, um curso com duração de cinco anos por ser bacharelado e licenciatura. Mesmo depois de formada, segundo ela, levou um tempo para conseguir emprego em sua área, ficou até abril de 2008 trabalhando em uma “xerocopiadora” em frente à universidade até que foi chamada para dar aulas para o curso técnico em enfermagem. Conta que já havia substituído uma amiga professora por algumas vezes até que esta se mudou de cidade e o centro profissionalizante convidou Honielly para assumir o lugar da amiga.

Durante a graduação, segundo Honielly, ela se destacava na ala materno infantil e de centro cirúrgico, áreas, segundo a mesma, que não eram de interesse da maioria, como chama atenção em sua fala:

(...) na ala de materno infantil que é obstetrícia, pediatria... então todo mundo, ninguém queria dar aula de obstetrícia, eu que dava. Ninguém queria dar aula de centro cirúrgico, eu que dava. Ninguém queria dar aula na UTI pediátrica, eu que dava. Entendeu? Então eu dava essas coisas que ninguém gostava (...)

Do centro cirúrgico, disse Honielly, as pessoas tinham dificuldade de gostar por ser uma área muito específica, em que é necessário conhecer todas as cirurgias, nomes, equipamentos, instrumental cirúrgico e ainda lidar com recursos humanos da área médica, como ela relata: *“Na medicina os cirurgiões eles são vistos como deuses e eles são um pouco prepotentes e arrogantes muitas vezes... Eu não tô falando que é o que eu acho, eles são vistos dessa forma...”*. Então ela observa que a enfermagem tem dificuldade em trabalhar nesse ambiente. A área da obstetrícia que é a que ela mais desejava, não pôde escolher no último ano da graduação, que é quando cada um define uma área para se especializar. É o período em que fazem estágios e desenvolvem as atividades de forma mais prática. Metade do ano seria para estágio em saúde pública e a outra metade em uma área hospitalar. Obstetrícia no Hospital Universitário de Cascavel não permitia estágio, portanto Honielly escolheu realizar seu estágio no centro cirúrgico, por gostar e não ter concorrência com os outros alunos da enfermagem. Ela até chegou a se especializar nessa área de enfermagem cirúrgica através de uma pós-graduação à distância, mas, como não concluiu um módulo, não obteve o certificado, afirma.

O interesse pela área da obstetrícia, Honielly conta que surgiu quando ainda estava no primeiro ano da graduação porque suas irmãs engravidaram nesse período. A área de obstetrícia era explorada, conforme o currículo do curso, somente no último ano. Então ela comprou os livros e estudou por conta. Em suas palavras:

(...) no primeiro ano as duas engravidaram... então eu queria saber mais porque eu tinha medo que os médicos fossem matar minhas irmãs ou os meus sobrinhos... Cultural, né? Na época eu achava que os médicos matavam os bebezinhos ou as mães porque eles não sabiam, que eles não tinham conhecimento... Então eu queria ler e saber o tanto ou um pouco do que eles sabiam, então eu lia os livros de obstetrícia e eu já tinha noção de anatomia e fisiologia e tal, porque era no primeiro ano né que eu via isso?

Honielly relata que queria ter noção dos procedimentos que o médico faria com a irmã dela e se isto seria realmente necessário. Hoje observa que o parto das irmãs foi cheio de intervenções desnecessárias, mas na época era o que os livros mostravam: que aquelas intervenções eram necessárias e o parto ocorria daquela forma. Apenas no quarto ano de graduação, em que foi estudar a prática da obstetrícia com a professora Tatianne Cavalcanti Frank, carinhosamente chamada de Tati por Honielly, é que conheceu sobre o “parto

humanizado”, pois a professora acabara de chegar de uma maternidade de referência na área do estado de Santa Catarina. E foi, justamente através dessa professora, que Honielly teve sua terceira experiência, depois dos partos de suas duas irmãs, em acompanhar uma gestante no momento do parto. Como ela explica:

Eu na minha prática com a Tati... olha só... uma gestante pediu... Que a gente ia então ela dava uma mulher pra cada uma dos alunos cuidar... e do meu grupo uma, a gestante que eu estava cuidando falou assim ‘ahhh’... Chegou a hora da gente ir embora, falou assim ‘ah, você já vai? Ah, fica comigo mais um pouco? Pelo menos até eu ganhar? Tá tão bom assim com você...’ e tal... entendeu? E aí ela pediu pra minha professora, que era a Tati, deixar eu acompanhar ela até o parto dela e a Tati deixou. Por debaixo dos panos, ela deixou... Então assim... nossa ((chorando)) quando eu começo lembrar a minha história... é... era era... não tenho dúvida que era pra eu estar aqui. Entendeu?

Foi durante o acompanhamento dessa gestante que Honielly pôde auxiliar, de forma mais próxima, o nascimento de um bebê de outra gestante do mesmo quarto. E ela continua:

Essa internou e ela começou a ter contração e era de noite, todo mundo lá dormindo e estava tudo as luzes apagadas nos corredores e tal... e do quarto... E aí eu vi que ela estava fazendo cocô, aí eu fui limpar ela... Mas ela estava fazendo cocô na cama porque a cabecinha estava saindo e no que eu tô limpando o cocô, e ela não era daquela mulher de gritar, entendeu? Ela só estava ((gemendo)) ‘ham, ham’... E daí eu fui lá e limpei ela. Quando eu vi estava lá o bebê saindo, daí eu pus um pano limpo por baixo, troquei de luva, só sai e gritei pro pessoal e voltei e catei o bebê... Então tipo... mas eu na verdade eu não puxei, eu só pus a mão para o bebê... Só pra vir escorregando... E aí elas chegaram com a caixa do material e tal... a médica veio ver, foram cortar placenta, tirar, mas EU aparei o bebê... tipo, eu fiz... foi o meu primeiro parto que eu fiz ((risos)) ai ai... mas não fiz nada, né?

Honielly acha que já tinha um desejo pela área da obstetrícia e a professora Tatianne foi o ensejo para ela escolher e aprofundar-se de fato em tal área. Essa professora atendeu alguns partos domiciliares na cidade de Cascavel no período de um ano e auxiliou na construção de uma ala para parto normal com banheira em um hospital privado do município. Mas por questões pessoais ela mudou-se para o nordeste do país. Honielly comenta a sua relação com a professora:

...a Tati é aquela pessoa que se conversar com ela uns minutinhos você também quer ser parteira [risos] entendeu? Então assim... eu já tinha uma queda, o coração aberto, aí eu encontro umas professoras maravilhosas... Se não fosse ela ter me deixado, talvez eu não teria interessado tanto.

No período em que ela trabalhou como professora em cursos técnicos, em três colégios, ela afirma ter juntado dinheiro para fazer a desejada pós-graduação em obstetrícia na cidade de São Paulo (SP), na Universidade Adventista de São Paulo - UNASP. Segundo Honielly, essa seria a terceira universidade do Brasil a ofertar curso de obstetrícia a enfermeiras/os. Ainda destaca que o curso já tem cerca de 50 anos de formação e oferta estágio em um centro de parto normal e em um hospital de referência que atende aproximadamente 800 partos ao mês. Em suas palavras:

... o centro de parto é assistido só com o enfermeiro obstetra... tem médico de plantão no hospital mas mais pros casos de alto risco e tal... né? Então médico a gente só chama quando é uma distócia ou quando tem que transferir para o centro cirúrgico e fazer cesariana... Mas senão, todos os partos baixo risco são assistidos no centro de parto normal pelo enfermeiro obstetra... Pra você ter uma ideia no plantão são cinco enfermeiras obstetras por plantão... entendeu?... Então eu fui pra lá justamente porque além de ser uma escola que tinha uma formação tradicional, né? Que eu tinha professoras que eram parteiras há quarenta e seis anos, vinte e seis anos... entendeu? Gente assim que sabe o que faz, né? E aqui... no sul... então a gente não tinha assim ninguém, né? Aí depois que eu estava formada abriu na FAG, mas a FAG... o campo de prática deles sabe quantos partos nasce? Setenta.

As aulas da pós-graduação aconteciam a cada quinze dias e a prática era por um período de um mês. Dessa forma Honielly se organizou para realizar a prática no período em que não estivesse dando aulas, adiantou tudo o que podia, já que cuidava mais da parte também de estágio de seus alunos. Para Honielly, a pós-graduação em obstetrícia já apresentava um olhar para o “parto humanizado”, no entanto a visão que prevalecia era “hospitalocêntrica”, pois que eram formados para trabalhar em maternidades e centros de parto normal. Ela diz ter aprendido a fazer episiotomia⁷ porque tinha que aprender caso algum dia precisasse usar, mas conta que as professoras já chamavam a atenção para algumas práticas, como: colocar o bebê no colo da mãe logo depois que nasce, evitar “puxos dirigidos”⁸ e quando possível colocar a mulher para parir na posição de cócoras. Por outro

⁷ Episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo com a intenção de poupar uma possível distensão muscular, lesão e contusão. No entanto, o Conselho Federal de Enfermagem (2017) aponta que o uso rotineiro de episiotomia não traz tantos benefícios por colocar a mulher em exposição a infecções, perda sanguínea, hematoma, disfunção sexual, entre outras complicações. A episiotomia vem sendo discutida pelo “movimento do parto humanizado” como uma prática de mutilação genital e violência de gênero. COFEN, disponível em <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41026.E10.T7155.D6AP.pdf>> Último acesso em julho / 2017.

⁸ “Puxos dirigidos”, segundo Honielly, significa direcionar a parturiente a fazer força na fase expulsiva do trabalho de parto. O movimento da “humanização do parto” aponta para uma violência obstétrica em que não se respeita a fisiologia do parto.

lado, ela também aponta para algumas resistências das profissionais acerca das mudanças na estrutura hospitalar:

...mas assim... Mesmo centro de parto ainda, tinha uma cama PPP⁹ e tinha uma cama, uma mesa cirúrgica... Adivinha onde as enfermeiras do setor queriam atender o parto? Na mesa. Tinha a mesa... sabe a mesa cirúrgica? De parto? Aquela tradicional?

Honielly relata que o que o centro de parto normal possuía alguns instrumentos para auxiliar a mulher no parto, como o apoio para parir de cócoras ou a banheira para parto na água, mas só eram utilizados quando havia estágios no centro. As próprias enfermeiras obstetras da maternidade não utilizavam porque, segundo Honielly, isso era considerado como mais trabalhoso. E mais uma vez ela destaca a importância de outra professora nesse seu caminho, agora uma professora que teve nessa pós-graduação. Em suas palavras:

Daí eu tinha uma professora que ela / hoje até ela é minha amiga na verdade, já dormi na casa dela e tal... E ela era PARTEIRA URBANA. Então essa professora era a que mais tinha assim um olhar pro parto humanizado... Porque ela era parteira... Então aí ela me ensinou muita coisa também... Ela falou '[...] a gente não puxa a placenta, a gente deixa sair assim, deixa sair assado...' (Grifos da entrevistada na entonação de voz)

Foi durante a especialização em obstetrícia que Honielly recebeu o primeiro convite para acompanhar um parto domiciliar. O convite veio de sua prima que mora na cidade de Maringá (PR). Ela ainda não estava grávida, mas já estava planejando para uma gravidez no ano de 2013 e disse que gostaria de ter um parto na água acompanhado pela parente. A especialização Honielly finalizou no ano de 2010 quando começou a lecionar como colaboradora na área da obstetrícia na UNIOESTE, universidade em que se graduou. A prima de Maringá engravidou antes do período que havia planejado, em 2011, e Honielly, ainda insegura, relutou em aceitar o convite para o parto domiciliar. Em suas palavras:

Aí eu liguei pra Tati, falei 'Tati, oh minha prima tal quer parto domiciliar, nunca fiz isso, tal... como é que é? Ela quer na água... como é que é na água?' Eu não fazia ideia, nunca tinha visto. 'Não Honi, na água é tranquilo porque os bebês levam em torno de 20 a 30 segundos pra...'. Eu liguei pra ela uma tarde assim, lembro certinho do dia que eu liguei... e daí tal... 'eles nascem e daí eles vão respirar só alguns segundos depois, então é o tempo dentro da água eles ainda não conseguem respirar'. 'Ah, então beleza... então não vai afogar, né?' [risos] ... E aí foi quando

⁹ Honielly explica que cama PPP é uma cama que pode ser utilizada no pré-parto, parto e pós-parto: “é igual uma cama de hospital, larga de colchão alto... só que ela desmonta uma parte embaixo e puxa uma bacia e a mulher fica assim nessa posição ((simulando a posição da mulher)) e aqui sai uma bacia de baixo assim, tira uma parte do colchão que tem um apoio pra ela por o pé e tem também até um negócio se ela quiser ficar de cócoras e ter o parto ali, entendeu?”

ela pegou e me deu as dicas e eu fui atrás de ler daí sobre o parto... Porque minha formação era pra trabalhar em hospital, enfermeira obstetra tem formação para trabalhar em hospital, pra ser parteira urbana hospitalar... Enfermeira obstetra não sai capacitada para atender parto domiciliar.

Honielly então atendeu seu primeiro parto domiciliar, da prima, acompanhada apenas por sua irmã Henielly que já era também enfermeira, mas não tinha a especialização em obstetrícia.

Então eu sabia que eu tinha que estar em duas enfermeiras por conta se desse uma emergência e tal... E aí a Heni foi comigo... E aí nesse dia a Heni ela não era doula e ela não sabia o que que era doula até então... Mas a Heni doulou ela... a Heni tinha um jeitinho, sabe né?

Foi com esse parto que Honielly decidiu que não queria mais trabalhar nos moldes de um hospital. Ela até chegou a trabalhar em um hospital da cidade como enfermeira obstetra pelo período de um mês, conta que queria mudar algumas práticas do atendimento à gestante e isso causava estranheza por parte dos outros funcionários, como ela contou: “*Lá você é... enfermeiro é moleque de recado de médico, entendeu? E a minha formação, ela não é pra isso, eu não estava lá pra... eu fazia a parte burocrática e descia pra fazer assistência... com as mães*”.

Depois de quatro meses do parto da prima, Honielly recebeu o convite de outra gestante para acompanhar o parto domiciliar em Cascavel, gestante que já havia parido com o acompanhamento de sua ex-professora Tatianne que indicou agora o atendimento da Honielly por não morar mais na cidade. Nas palavras dela:

A Tati me ligou, falou assim ‘Honi, tal... coragem, mulher! Você já atendeu um, isso significa que você tem coragem porque pra atender em casa tem que ter coragem, não é pra qualquer uma e tal... E você já fez isso e você é uma menina que estuda, que é consciente, eu sei que você vai cuidar bem da mulher... Vamos?’. E tal... eu ‘Ai Tati...’ ((pensando))... ‘Olha, e ainda vai ter médico nesse parto’... ‘Tá, não... Então tá bom, vamos’.

E foi a partir desse parto que as notícias se espalharam. Uma gestante foi recomendando a assistência de Honielly à outra, até que esta conheceu o médico obstetra Rodrigo¹⁰ que passou também a indicar o seu trabalho, contanto que o parto ocorresse no ambiente hospitalar. Ela acompanhava a gestante em casa até que fosse o momento certo para ir ao hospital e então ligava para o médico J.S. apenas quando o bebê estivesse nascendo. Nos partos domiciliares quem a acompanhava era a irmã Henielly que, mesmo graduada em

¹⁰ Rodrigo trata-se de um pseudônimo que adoto para se referir ao médico obstetra por não possuir autorização para a divulgação do mesmo.

enfermagem, fazia curso pré-vestibular para tentar ingressar em medicina. Por insistência de Honielly, ela desistiu do curso pré-vestibular e foi realizar a especialização em obstetrícia na mesma universidade de São Paulo em que Honielly estudou. Como ela descreveu:

Falei 'Heni, vai fazer...'. 'Ah, mas o pai quer que eu faça....'. 'Teu pai, minha filha, não sabe de nada, vai fazer que eu é quem sei.' [risos]... Ai... Eu é que tô vendo, ele não tá vendo o que eu tô vendo, entendeu? [risos]... E depois você vai fazer medicina, vai ficar tanto tempo longe dos seus filhos de novo? E se o pai morrer? Quem é que vai te bancar?'... E o pai morreu...

Além da especialização em obstetrícia, Honielly realizou também o Curso de Capacitação em Parteria Urbana, iniciado no ano seguinte ao que começou a atender partos domiciliares em Cascavel. O curso realizado na cidade de Recife (PE) tem a possibilidade de ser validado como uma especialização se o aluno realizar um trabalho de conclusão do curso. Quem coordena essa capacitação é a ex-professora de graduação da Honielly, a Tatianne Cavalcanti Frank, também primeira enfermeira obstétrica a acompanhar parto domiciliar no município de Cascavel (PR). Segundo Honielly, o curso de Parteria Urbana difere da especialização em Enfermagem Obstétrica pelo fato de ser direcionado a quem já é da área da obstetrícia. Para pessoas que já possuem o conhecimento em fisiologia do parto, de emergência, puerpério, pré-natal etc. E o foco passa a ser o atendimento ao parto domiciliar, como ela explica:

Então eles vão trabalhar toda a parte assim, de como trabalhar o pré-natal do parto domiciliar, quais são as mulheres que podem, é... quando tem alguma complicação, o que fazer, como resolver distócia... então foi lá que eu aprendi manobras de livrar diversas mulheres de ir pra cesárea, entendeu? Esse curso foi o que realmente me tornou em parteira... eu tive aula com parteira tradicional... eu tive aula com (doula)...

Um módulo do curso é ministrado apenas por parteiras tradicionais da região de Recife. Elas dão aula a essas/es profissionais da obstetrícia e relatam os casos diversos que já atenderam. Honielly afirma que teria seu parto acompanhado por uma dessas parteiras na maior tranquilidade, que confia muito no trabalho das parteiras tradicionais. Nas palavras dela:

Elas que não têm conhecimento algum, não têm um aparelho, não têm um oxigênio, elas vão lá e atendem e dá certo... por que que com a gente que tem o conhecimento científico, que tem a tecnologia ao nosso favor, temos hospital de retaguarda... Por que que eu haveria de ter medo de atender uma mulher em casa, entendeu? E... uma coisa que eu vi assim, uma coisa que eu tenho que trabalhar em mim até hoje, que eu acho que... eu sempre...eu já disse isso pra várias mulheres, mulheres que queriam que eu fosse atender o parto delas literalmente no interior, em lugares que não tinha hospital a trinta minutos da casa delas, eu falava 'olha, sabe qual que é o problema que eu não posso ir aí? O meu diploma me restringe'... Porque o meu

diploma não me permite que eu vá a uma distância maior que trinta minutos de um hospital... Por quê? Porque aí se caso acontece alguma coisa eu seria julgada, né?... Juízo, 'tarará'... Agora se é uma parteira tradicional ninguém ia questionar, entendeu? Se a mulher morresse... 'Ah, mas ela teve com parteira tradicional', ninguém ia questionar... Entendeu?

Para Honielly o seu diploma a limita a atender um parto, no sentido que ele precisa ser “*cuidado rigorosamente*”. Então ela busca ter um equilíbrio entre a enfermagem obstétrica técnica e a parteria tradicional, utilizando muito do conhecimento destas. Ela relata que uma grande preocupação que tinha durante a realização de um parto domiciliar era com a saída da placenta. Ela sentia medo da placenta não sair, da mulher ter hemorragia. Então, quando a placenta demorava a sair, ela transferia a mulher ao hospital. Até que conheceu a história de um “parteiro” que acompanhou os dez partos de sua esposa e utilizava “*bafo quente*” para ajudar na saída da placenta. Fervia uma água, colocava em uma bacia e apoiava a mulher de cócoras ou sentada em uma banqueteta. Em um dos partos no qual se sentiu aflita com a demora da placenta em sair, Honielly diz ter tentado usar o “*bafo quente*”, deu certo e ela seguiu utilizando esta técnica. Mas acredita que cada parteira vai desenvolvendo sua própria técnica, como explica:

Só que o princípio básico é conhecer a fisiologia do parto, anatomia e mecanismo do parto. Se você conhece isso, o resto você inventa. Você vai tendo ideias, entendeu? É assim que as parteiras acabam desenvolvendo técnicas e vão passando isso adiante, então... eu comecei a juntar... Por exemplo, o do bafo, eu tinha as vezes que tirar a mulher... Então daí eu comecei a associar, as vezes a mulher estava lá daí eu colocava... Tipo, tá... Daí uma outra parteira, urbana, ela é enfermeira obstetra, dos Estados Unidos, ela me falou um dia. Mas esse foi recente, faz um ano... que... mas nisso eu já sabia tudo esses outros, tudo essas outras técnicas... elas faziam assim... ela me falou: 'olhe...' [...] e isso eu não tinha reparado, isso nem não tá no livro e ninguém me ensinou, foi essa parteira que me ensinou... falou assim... 'Olha, depois que sai, que o bebê nasce, a mulher também precisa de ter contração pra parir', 'tá, isso a gente sabe que ela começa a ter cólica e tal...' e a gente sempre fala 'o parto só termina depois que sai a placenta', né? A gente fala isso pra todo mundo... Justamente porque se você não se preocupar com a placenta você vai ter complicações e uma das complicações é a hemorragia... entendeu? Então tem que ficar em silêncio, a mulher tem que agradecer a placenta... Daí na parteria urbana lá em Recife eu aprendi com as parteiras a reza... 'Santa Margarida, não tô presa nem...' é... 'não tô presa nem sei lá o que... parida / tira essa carne morta de dentro da minha barriga'. Entendeu? Então assim, elas falavam que colocava os maridos dar voltinha ao redor da casa [...] [risos]... Elas falavam várias coisas, faziam ervas, né?

Honielly gosta de ser chamada de parteira por acreditar que enfermeira obstetra, com o mesmo olhar médico “*está cheio*”, mas parteiras que acreditam na fisiologia da mulher são poucas e é por isso que ela se identifica com a parteria. No entanto, quando questionada se sente certa estranheza das outras pessoas quanto a sua atividade, ela diz que é enfermeira

obstetra mas também parteira, “*daí eu tenho que falar as duas coisas... Então tem muita gente que olha assim e aí pra muitas pessoas eu explico ‘não, é porque a parteira ela tem esse outro olhar’*”. Ela relata que muito do que utiliza na sua assistência obstétrica não aprendeu na especialização e nem nos livros, mas sim com a prática e o curso de parteria urbana, como segue:

Parteira é outro nível, entendeu? Tá assim, oh (indicando com a mão a altura acima de sua cabeça) eu diria... Por mais que a sociedade [...] que tá ‘mas parteira é aquela lá do interior que não estudou’, aí eu falo ‘não, eu sou parteira estudada, sou parteira de formação’... Daí eu falo assim ‘ah, eu sou enfermeira obstetra’, entendeu? Pra fazer a pessoa entender assim... Porque daí ela fica na dúvida em relação a isso, mas na verdade é... o que eu tenho orgulho é do conhecimento de parteria que não está nos livros e sim na prática, entendeu? Porque nos livros qualquer um pode ser obstetra e pode aprender a fazer uma cesariana e a cortar. Mas olhar uma mulher parir, saber a hora certa de ajudar e saber a hora... E ficar na sua, não intervir desnecessariamente, entendeu? E compreender o que que ela tá passando, saber ajudar aquela mulher nas necessidades dela, isso não tá no livro... Isso é conhecimento adquirido e vem com a prática, vem com o olhar, em querer olhar ((olhos lacrimejando))... (Grifos meus)

E assim ela relata que é nas antigas parteiras que se inspira, e que deseja um dia ser “*velhinha, toda enrugadinha*” com muitos anos acompanhando nascimentos.

1.1.2 “*O reconhecimento como parteira urbana me traz mais calor, é mais íntimo*”:
Henielly¹¹

Henielly, ou Heni, é a única da equipe que tem filhos. Tive a impressão que esse fato dificultou conseguir um horário para conversar com ela pessoalmente. Ela mora em um apartamento com sua filha adolescente e seu filho pré-adolescente, o marido mora e trabalha na cidade de Dois Vizinhos e apenas nos finais de semana pode vir para Cascavel ficar com a família. Ela foi a última que consegui entrevistar e isto ocorreu de forma não planejada. Acompanhei-a durante uma palestra que ela realizou na cidade de Toledo (PR) a partir do convite do grupo Gesta Toledo. Henielly fez uma fala em um sábado a tarde por três horas sobre intervenções médicas e primeiros cuidados ao recém-nascido, a qual abordarei no capítulo seguinte. Como fomos à Toledo no mesmo carro, na volta lembrei-a novamente que

¹¹ As falas de Henielly aparecem em itálico como forma de diferenciar de outras citações do texto. Foram retiradas de entrevista gravada no dia 27 de maio de 2017.

gostaria de um horário para a entrevista, e ela sugeriu que fosse naquele exato momento – *“Mas faz agora, aproveita, não perde tempo não. Porque você sabe a correria que é a minha vida”*. Assim conversamos enquanto ela dirigia.

Henielly é a irmã mais nova das três filhas da família, tem 32 anos e é casada há 16 anos. Teve sua primeira filha aos 19 anos e teve que conciliar a maternidade com a vida profissional desde o período da graduação. Ela conta que desde a infância já desejava ter uma profissão na área da saúde, suas brincadeiras preferidas sempre eram ligadas a isso, como segue:

...os animais que morriam na minha rua eu dissecava, tirava os órgãos dele e guardava num vidrinho com álcool... Todos. Desde quando eles passavam veneno nas árvores porque estava em época de morcego pra matar os morcegos, eu pegava os morceguinhos e abria e tirava os órgãos dele... Aí sabia tudo... Minha brincadeira de infância preferida nunca foi de boneca, foi de médico...

Ela narra que a ideia de cursar enfermagem veio por estar dentro da área da saúde e também por se tratar de um curso superior, já que seu pai insistia no fato das filhas terem uma graduação e não aceitaria uma técnica em enfermagem. Assim como Honielly, Henielly também destaca o enorme desejo do pai de que fossem médicas, mas ela queria ser auxiliar de enfermagem porque não sabia ainda as categorias profissionais da área da enfermagem. Ela menciona que também incentivava a irmã Honi a cursar enfermagem, mesmo quando teve que interromper o curso de medicina. Nas palavras dela: *“E eu falava ‘Honi, enfermagem é massa, é lindo, né?’ Muito, sempre muito apaixonada pelo cuidado... E nisso a Honi passou em enfermagem, nem tentou medicina (pela segunda vez). Passou em enfermagem e eu engravidei”*.

No seu primeiro parto relata que o marido não se sentiu a vontade para acompanhá-la e a irmã, estudante de enfermagem, exigiu acompanhá-la: *“Imposição dela... ‘se não for o teu marido então...’ [...] porque eu queria minha mãe no caso, né? ‘Não, vai ser eu’, ela falou, né? E pronto”*. Na época Henielly só trabalhava e mantinha os planos de fazer enfermagem, com a notícia da gravidez nem quis realizar o exame do vestibular.

Heni relata ter sofrido muita violência em seu parto, o que só percebeu depois de já ter ocorrido. Ela afirma que o que ela e a irmã haviam estudado mostrava que o protocolo do hospital era da forma como estava acontecendo e carregava, além disso, as orientações da sua mãe que já havia passado por três partos, como sintetiza: *“(...) eu tinha a experiência da*

minha mãe, né? Eu quando fui pro hospital minha mãe falou assim: ‘oh, não grita porque as enfermeiras não gostam e elas vão judiar de você e da neném’”. Ela comenta que a ideia que ela e a família tinham de assistência é “daquela assistência caritativa”. Ela relata ter sofrido violências verbais por parte dos profissionais de enfermagem e obstetras, piadas pelo fato de ser muito nova (dezenove anos), teve o corte de episiotomia, restrição alimentar, restrição de água, manobras de Kristeller¹², como narra:

Fizeram kristeller em mim em duas pessoas, médico e a auxiliar técnica que estava na sala... Eu não conseguia amamentar com a minha be... com a minha filha no colo... Minha filha nasceu com 4,750 kg e 53 cm e eu não conseguia colocar ela no meu colo, só dava de mama deitada por conta de que eles me machucaram... Fiquei dolorida e aí por conta da minha filha ser pesadinha não conseguia porque me doía na região das costelas assim, sabe? E [...] mas tudo aquilo eu já esperava, eu já sabia que iam acontecer, entendeu? Pela experiência da minha mãe de parto... Mas eu achava que tinha que ser daquele jeito.

Foi a partir dessa experiência que Henielly começou a questionar o porquê dessa assistência num momento que, segundo ela, deveria ser o mais lindo de sua vida, como ela descreve:

Um choque de realidade, né? Num dia que deveria ser tão lindo, tão mágico, é [...] e foi daquele jeito, não consegui sentir emoção de receber minha filha no colo, entendeu? Desmaiei no pós parto, acordei minha filha já estava vestida, já tinham sumido com ela, entendeu? É [...] e... acordei com o médico com uma coisa caminhando dentro da minha barriga assim, sabe? E eu achando que era a mão do médico, mas na verdade era um instrumento que se chama cureta...

Na entrevista ela brincou que até a irmã fez violência obstétrica com ela, por falta de conhecimento. Meses depois ela engravidou novamente e sofreu a mesma situação no segundo parto, com a diferença que, ao invés das 21 horas em que ficou em trabalho de parto na primeira gravidez, neste ficou apenas 5 horas. Em suas palavras:

No segundo parto, é [...] nós tínhamos ciência de que é [...] que eu não tinha autonomia a partir do momento que eu entrei na instituição, entendeu? [...] Tinha ciência de que não era pra ser daquele jeito, mas que era desde sempre assim que acontecia e que eu tinha que me sujeitar a isso, entendeu? [...] Só que dessa vez as coisas aconteceram eu informada, entendeu? Que eu estava sofrendo sem necessidade e que a Honi não poderia falar nada porque senão ela não poderia ficar comigo no quarto, entendeu?

¹² Manobra de Kristeller é uma manobra obstétrica utilizada durante o parto. Consiste em pressionar a parte superior do útero com as mãos durante a contração. Prática considerada violência obstétrica pelo Conselho Federal de Enfermagem (2017) por não haver respaldo científico em sua realização e ser apontado como prejudicial e ineficaz. COFEN, disponível em < http://www.cofen.gov.br/cofen-homologa-decisao-do-coren-rs-que-proibe-manobra-de-kristeller_48419.html > Último acesso: julho/2017.

Até o seu segundo o parto a lei do acompanhante não estava em vigor, então ter a irmã ao seu lado no momento do parto era um favor que o hospital lhe fazia. Henielly lembra que nesse parto, conseguiu tomar água, mas escondida. Elas já haviam se questionado sobre a experiência anterior, mas não podiam mudar a situação por completo.

Quando decidiu que seria o momento de finalmente ingressar em uma universidade, realizou a primeira fase do vestibular da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) para enfermagem, mas na segunda fase teve dificuldades em conseguir um bom resultado por ter sofrido um aborto espontâneo dias antes do exame. Por não saber que estava grávida ficou dias esperando melhorar de febre e dor, pois um médico havia dito que era virose, para só depois de 10 dias procurar outro hospital e descobrir que estava sofrendo um aborto. Ela ficou mais uma semana internada conseguiu a liberação de um médico para que pudesse sair e realizar a segunda fase do vestibular, voltando em seguida para o internamento. Não obteve aprovação nesse último exame, ela relata que por causa do seu emocional pelo aborto sofrido e também por ser disléxica, não conseguiu se sair bem na redação que era a última fase do vestibular.

Ingressou em enfermagem em uma faculdade privada em Cascavel, a Faculdade Assis Gurgacz (FAG), e desde o seu primeiro ano realizou pesquisas voltadas para a área da obstetrícia, como relata:

Minha primeira pesquisa foi com os ratinhos com oofo [...] que eu realizei ooforectomia parcial e total, pra ver qual que era o comportamento e as mudanças do ratinho quando se tirava um óvulo e... um óvulo ou dois óvulos, sabe? Pra ver como que era... Essa foi minha primeira pesquisa, meu primeiro estudo, que eu fiz a cirurgia nos bichinhos e acompanhava a evolução, sabe? Quanto tempo que eles demoravam pra se recuperar, pra ter... pra poder gestar, sabe? Essa foi a minha pesquisa... Daí sempre foi voltada pra isso, tudo... Saúde coletiva, qual que era a minha área? O povo ia pra hipertensão, geriatria, eu gestação, pré natal... Sempre assim, entendeu? E nisso a Honi também... enfiada, né?

Henielly também teve Tatianne Frank como professora na graduação e conta com a mesma empolgação da irmã sobre como se sentiram entusiasmadas com o processo de parteria urbana que a professora estava iniciando na cidade. Sobre a experiência com o primeiro parto domiciliar que acompanhou, o parto da prima, relata as dificuldades por não ter recebido uma formação para a assistência nesses moldes. Em suas palavras:

...a gente nunca tinha visto um parto que não tivesse sido dentro dos protocolos de uma instituição, entendeu? Então a Honi chegou mandar fazer pijaminha de hospital pra gente usar em casa... Foi ridícula na verdade a nossa assistência

assim, sabe? Tipo, depois que... Então, ou seja, a gente fez o caminho reverso, sabe? A gente caiu na humanização pra daí a gente é... ter conhecimento e aprimorar a nossa parte da obstetrícia hospitalar, entendeu?

Finalizada a graduação, Henielly passou a auxiliar a irmã nos partos domiciliares e fazer curso pré-vestibular porque o pai ainda não havia desistido de que ela fosse médica, como narra na nossa conversa: “*depois de 2 anos conseguimos convencer o meu pai de que não era isso que eu queria, que eu não precisava disso, que a gente não precisava disso... Aí foi quando eu consegui ir pra fazer minha especialização de obstetrícia, entendeu?*”

Durante a graduação e a especialização, os filhos e o marido continuaram morando em Dois Vizinhos e Henielly em Cascavel, ia pra casa somente aos finais de semana se não ocorresse parto para atender. Neste sentido, reconhece o apoio que a família deu neste processo e ressalta que o pai faleceu quatro meses antes do fim da especialização aceitando a profissão dela e orando pela sua formação, como afirma no trecho abaixo:

Orando pra que um profissional médico abraçasse a causa junto com a gente porque ele achava que... ele ele... depois que a Honi fez obstetrícia e a gente começou a trabalhar com parto, ele reafirmou a ideia de que eu tinha que fazer medicina porque ele via nossa luta com os profissionais médicos, entendeu? E as instituições... E... ele falava se a gente não tiver um médico na equipe que a gente não ia nunca conseguir trabalhar com autonomia que a nossa profissão nos dá respaldo, entendeu?

Com o falecimento do pai que custeava a especialização em obstetrícia de Henielly, ela precisou seguir pagando através dos partos que atendia com Honielly. O dinheiro do trabalho ia todo para a pós-graduação e transporte à São Paulo. Ficando as despesas da casa e dos filhos por conta de seu marido.

Henielly demonstra a dificuldade em se relacionar e trabalhar em conjunto com a área médica e relata que o que a faz enfrentar o sistema obstétrico e a modificação do cenário hospitalar para o domiciliar é o fato de seu trabalho corresponder a demanda. Segundo ela:

Enquanto tiver mulheres querendo parir em seus lares, em suas casas, a gente tá aqui pra atendê-las e almejarem, né? Então dentro da responsabilidade e da perspectiva do que é um parto domiciliar planejado, a gente poder atender essas mulheres que desejam parir em seus lares, então é por elas, só por elas, né? [...] Seria muito mais fácil e prático a gente estar no mercado de trabalho, por si só falando, né? É [...] em questão de instituição [...] Tem que ter é... lugar pra essas mulheres que desejam parir em suas casas, nos hospitais, é... então a gente precisa contemplar, é por isso que a gente está e enfrenta todos os dias o sistema que vai contra uma recomendação em que a mulher deve e tem o direito de escolher aonde ela quer parir.

Quando questionada sobre com qual categoria se identifica mais – enfermeira obstetra ou parteira urbana – Henielly mostra a preferência por ser identificada como enfermeira obstetra já que é sua formação e vê toda a luta por parte da enfermagem obstétrica em ser reconhecida no mercado de trabalho com profissionais autônomos. No entanto, ela diz que é a parteria urbana que agrega valor a sua assistência e diferencia o atendimento destas do restante dos profissionais da área obstétrica, como segue no trecho de nossa conversa:

Então eu não sou uma enfermeira obstetra apenas, eu sou uma parteira urbana também, entendeu? Então, ham... até por questões culturais se eu me identifico como uma enfermeira obstetra a pessoa fica 'tá, mas o que que você faz?' [...] Não há diferenciação mas eu tenho muito orgulho quando as pessoas entendem que o meu trabalho é autônomo e eu sou uma profissional especializada em enfermagem obstétrica... Então, é... ainda, tipo, vamos dizer assim eu tenho preferência, eu gosto que me reconheçam como parteira urbana, porém eu também amo e gosto que as pessoas reconheçam qual que é a função do enfermeiro obstétrico... Então tem essa divergência, porém é algo é...complementar a minha enfermagem obstétrica, é o reconhecimento como parteira urbana, né? Isso me traz mais calor, é mais íntimo... é isso... (Grifos meus).

Para Henielly nem toda enfermeira obstetra é uma “parteira urbana”, o que difere uma da outra é que a primeira possui um caráter de formação acadêmico, científico, enquanto a outra possui uma formação de caráter mais empírico passado através das gerações. Mais uma vez a família é ressaltada como foco da assistência delas, quando Henielly afirma que quem faz seu campo de trabalho “*são as mulheres, as famílias que é [...] que querem e desejam e almejam... E que têm o direito de escolher é [...] qual via de parto elas querem, qual o local, o ambiente, como é esse ambiente que elas querem parir, entendeu?*”. Sendo assim, o grande diferencial de uma parteira urbana para um enfermeiro obstetra institucionalizado.

O conhecimento tradicional para Henielly é um “*dom*”. Como observam Ferreira e Grossi (2012), a ideia de que partejar é um dom ampara-se em uma religiosidade ancorada em práticas milenares em que nascer necessita de um auxílio divino. Através de orações, benzeções, rituais e simpatias, as parteiras tradicionais – e muitas das chamadas “urbanas” exprimem a necessidade da intervenção divina em seus ofícios. No caso das parteiras de Belo Horizonte / MG na década de 90 analisadas por Ferreira e Grossi (2012), tais práticas e rituais foram associadas ao catolicismo, como indica o trecho a seguir:

É no trabalho de partejar que as mulheres narram seu ritual de fazer nascer crianças para o mundo. Imbuídas de uma religiosidade quase primitiva de um poder arcaico imerso em orações e rituais, suas práticas são entendidas como mistério da divindade ou mesmo como dom de Deus. (FERREIRA; GROSSI, 2012, p. 77).

No entanto, o ofício da parteira ancora-se em uma ambiguidade, como afirmam os autores citados, na possibilidade de trazer à luz ou à escuridão aos recém-chegados ao mundo. Nem sempre as parteiras foram consideradas abençoadas pela divindade. Na Idade Média, elas traziam o poder de eliminar uma vida usando ervas, também eram consideradas feiticeiras, magas, bruxas, curiosas, guardiãs da vida e da morte.

Henielly busca, através do saber acadêmico, embasar seu “dom” de forma científica e utilizar o método considerado tradicional concomitantemente ao entendido como contemporâneo. Nas palavras dela:

E aí vamos comprovar cientificamente e hoje passa a ser um método utilizado, mas se você for buscar o fundamento veio ali do conhecimento empírico dessas mulheres que não tinham [...] muitas nem sabiam ler por exemplo, né? [...] Mas que muitas das coisas que a gente utiliza é pelo conhecimento delas, então a gente aprimora, busca o embasamento científico nas condutas que elas utilizaram durante anos e anos. Então, é... a ciência daí vem pra reforçar e dizer ‘oh, você é profissional acadêmico, formado, institucionalizado... Cientificamente o que elas utilizavam é comprovado como benéfico, então vamos lá, pode usar.’ [risos] [...] Nós partimos da academia para o tradicional, né? [...] E coisas que cientificamente a gente não vê como adequado de fazer uso com a parteria tradicional a gente vem aprimorando.

Diferentemente da irmã, Henielly diz que não teria um parto seu assistido por uma “parteira tradicional” por acreditar que atualmente a realidade em que está inserida não compete a uma assistência tradicional. Ela afirma também que conceberia a ideia, somente no caso de ela viver em outra comunidade, sem uma devida assistência, que soubesse das condições tranquilas de sua gestação ou, ainda, se tivesse que escolher entre um médico tradicionalista ou uma parteira. Nesse caso, ela escolheria uma parteira.

1.1.3 “A parteira tem uma assistência mais familiar, é um vínculo mais próximo”: Priscilla¹³

Vi a enfermeira Priscilla pela primeira vez há dois anos durante uma audiência na Câmara Municipal de Cascavel sobre o acesso de doulas nos hospitais. Já acompanhava sua assistência ao parto através das redes sociais, mas nossa primeira conversa ocorreu somente depois do meu projeto de pesquisa ser aprovado no mestrado. Marcamos uma conversa em

¹³ As falas de Priscilla aparecem em itálico como forma de diferenciar de outras citações do texto. Foram retiradas de entrevista gravada no dia 06 de março de 2017.

sua casa, em uma tarde, no meio da semana. Era uma casa pequena, Priscilla estava somente acompanhada por seus dois cachorros, mas logo chegou a colega que divide a casa com ela. Ela mostrou-se muito confortável com a minha entrevista, sentou-se no braço do sofá com os pés em cima deste e ouviu um pouco sobre a minha experiência com meus partos e sobre meus objetivos com a pesquisa.

Priscilla, ou Pri como é conhecida também, é a mais nova da equipe Manjedoura, tanto em idade – tem 31 anos –, quanto em atuação como “parteira urbana”, pois está há um ano e meio trabalhando na equipe, mas há cinco anos atua como “parteira urbana”. Nascida em Cuiabá (MT), é a filha mais nova. Seu irmão mais velho nasceu de parto normal e ela de cesárea porque a mãe queria aproveitar para fazer a laqueadura. Priscilla morou em várias cidades por conta do trabalho do pai, uma parte da infância passou em São Paulo e outra parte em Dois Vizinhos, cidade da família do pai. Em Dois Vizinhos ela e a família moraram no sítio e ela ajudava no trabalho com o gado, leite e tudo mais que envolvesse a agricultura. Estudou em escola pública, mas mantinha um desejo de estudar no colégio interno adventista por ouvir as histórias de primos e primas que lá estudavam. Conseguiu uma bolsa de estudos parcial quando estava no terceiro ano do ensino médio no Instituto Adventista Paranaense, que fica na cidade de Ivatuba (PR), muito próxima a Maringá.

Apaixonada pela cidade de Maringá, ela conta que quis continuar morando lá e iniciar um curso superior. Em um primeiro momento pensou em cursar medicina veterinária por todo o trabalho e proximidade com os animais que mantinha na época em que morou no sítio. Mas percebeu que o que gostava mesmo era de cuidar de pessoas, como relata:

...eu sempre via o ser humano de uma maneira especial, é diferente de um bicho... tá certo que bicho é mais inocente, né? Mas acho que o ser humano é igual... eu acho que ele sempre precisou desse cuidado... Eu falava ‘ah, mãe e pai, eu vou fazer enfermagem pra cuidar de você quando forem velhos’ [risos].

A escolha pela enfermagem foi bem aceita pela família que não tinha ninguém dos “familiares mais próximos”¹⁴ na área da saúde.

Assim como as primas, Priscilla também descreve a professora da área da obstetrícia com muito carinho, como sendo uma pessoa cativante e com participação indireta na sua

¹⁴ Priscilla considera como familiares mais próximos os pais, irmãos, tios e avós. Seu pai é primo da mãe de Honielly e Henielly, portanto são primas de segundo grau que se viam raramente em festas de fim de ano, o contato era pouco.

escolha por essa área. A parte teórica da disciplina ela relata ter sido maravilhosa, enquanto a parte prática lhe causou alguns desconfortos, como segue no trecho de sua fala:

A gente começa a ver as mulheres no hospital, tipo... precisando sempre de uma ajuda a mais daquilo que elas poderiam fazer por si só... Então pra mim era estranho porque que as mulheres sempre precisam de tanta ajuda para um processo que pra mim é natural... na minha concepção sempre foi natural.

Quando chegou no período da graduação em que precisava escolher uma área para estágio, Priscilla diz que como não tinha preferência por nenhuma deixou que todos os outros alunos escolhessem. Ela ficaria com a área que restasse. As áreas de maior interesse dos acadêmicos de enfermagem, segundo Priscilla, são as de pronto-atendimento e a unidade de tratamento intensivo, por considerarem algo mais dinâmico e interessante, pois cada paciente é uma novidade no atendimento. Assim, a área que sobrou foi a maternidade, cuja permanência em estágio seria por um período de seis meses. Em suas palavras:

E daí lá eu comecei a olhar o setor de maternidade de um outro jeito, comecei a perceber as mulheres chegando lá sempre com muito medo... de parir, despreparadas... né? Eu percebi uma equipe que não sabia o que fazer com uma mulher que estava em trabalho de parto...

Durante o estágio na maternidade, Priscilla e sua colega elaboraram um manual de orientação aos técnicos de enfermagem para assistência ao parto normal, porque observavam que havia um despreparo por parte dos profissionais o que deixava as mulheres inseguras em parir. Ela diz também que não percebia uma autonomia do enfermeiro obstetra no setor. A atividade mais próxima às mulheres que realizaram durante o estágio foi com um grupo de gestantes com mais de 40 semanas de gestação para prepará-las para o momento do parto. Acompanhar de fato um parto normal não puderam, por questões burocráticas do hospital em relação aos estágios.

Chegado o fim da graduação, Priscilla optou por fazer uma especialização em Saúde Pública, que era outra área que lhe chamava a atenção, pois a partir dela poderia trabalhar com gestantes no pré-natal e tentar prepará-las melhor para o momento do parto. O curso de pós-graduação em Saúde Pública ficava em São Paulo, na Universidade Adventista de São Paulo (Unasp), onde escolheu estudar. As aulas eram todas as noites da semana e, em virtude disto, com a ajuda financeira do pai, acabou por fazer outra especialização no período que tinha vago, enquanto não conseguia um emprego. Foi assim que optou pela especialização em Enfermagem Obstétrica na mesma universidade.

No curso de Saúde Pública, Priscilla conta que teve uma professora que trabalhava como enfermeira em atendimento domiciliar ao parto e que a convidou para auxiliar em alguns partos, o que lhe despertou um grande interesse por essa área. Enquanto que seus planos iniciais de quando optou por esta especialização de trabalhar com gestantes em pré-natal se tornava cada dia mais frustrante, como ela narra:

[...] você tem metas pra cumprir, você tem tantas pra atender, tem tantas visitas domiciliares por mês e aí tipo, eu me sentia presa aos números e eu não conseguia dar uma assistência de qualidade porque tinha que ter aquelas metas... E eu falava 'não, isso não é pra mim... gosto mais daquela coisa livre pra gente poder trabalhar todos os medos da mulher... todas as dívidas que tem o casal e tal...' ... é [...] e daí meio que eu deixei a pós de saúde pública e fiquei só com a obstetrícia...

Priscilla observou que a sua especialização em obstetrícia abriu uma visão para o parto domiciliar, o que considera ser fruto do perfil do professor que trabalhava com essa área.

Com o fim da pós-graduação e de volta a Maringá, Priscilla conta que trabalhou em várias coisas enquanto orava para que Deus a guiasse a um trabalho em sua área. Foi então que recebeu o convite de uma prima, para que acompanhasse o seu parto domiciliar. Esta era irmã da prima que já havia parido com o primeiro acompanhamento domiciliar de Honielly e Henielly, como ela conta: *“Então eram duas irmãs, primas nossas que meio que introduziram a gente, ‘vai trabalhar nisso’, entendeu? [risos]”*.

Depois desse parto da prima, Priscilla começou a procurar quem trabalhava com “parto humanizado” em Maringá. Ela conversou com doulas, mas não percebia muita abertura para a profissional enfermeira obstetra. Até que um dia recebeu uma ligação de uma enfermeira a convidando para substituir outra enfermeira da equipe de assistência ao parto domiciliar que estava grávida. Aceitou o convite e logo passou de “*backup*”¹⁵ da enfermeira gestante para efetiva, devido o aumento da demanda. Com esta equipe trabalhou do ano de 2012 até final de 2015, quando se mudou a Cascavel por convite de Honielly para atuar em equipe juntamente com Honielly e Henielly, o que viria a ser posteriormente a Equipe Manjedoura.

Priscilla aponta uma desvalorização da “*classe*” de enfermagem como um todo, não só entre a enfermagem obstétrica, mas também entre a classe profissional da enfermagem como um todo. Ela relata que há uma dificuldade em enfermeiros e enfermeiras terem uma

¹⁵ “Backup” é um termo utilizado no campo êmico para se referir ao profissional que fica de substituinte ao profissional efetivo quando necessária sua ausência.

autonomia dentro do hospital da forma como a legislação preconiza. Algumas vezes, estes tentam mas não conseguem por em prática, devido ao número reduzido de profissionais nas áreas hospitalares. Segundo Priscilla, a enfermagem carrega em seu histórico uma carga de preconceito e desvalorização, em que muitas pessoas enxergam o enfermeiro ou enfermeira como aqueles que queriam ser médicos e não conseguiram. Dessa forma ela prefere descrever a sua atuação atualmente como uma atuação de enfermeira obstetra, por sentir que isso agrega valor a essa categoria da enfermagem, já que observa uma boa recepção em relação a seu trabalho. Ela reitera que as mulheres e famílias que atende ficam satisfeitas e isso repercute na imagem do profissional enfermeiro obstetra. No entanto, quando observa que os enfermeiros obstetras, em geral, não trabalham no mesmo modelo de assistência dela, ela sente necessidade de afirmar que o seu atendimento é diferente e de que em nada se assemelha as práticas vigentes nos hospitais atualmente, como ela descreve:

*[...] algumas enfermeiras que se denominam enfermeiras obstetras e fazem parto, conduzem parto, de acordo com as rotinas e não de acordo com essa... com essa visão... Eu vou usar humanizada mas eu não gosto muito dessa expressão, tá? Mas essa visão humanizada... A gente 'poxa, eu não sou e eu não atendo igual ela'... Eu sou enfermeira obstetra igual mas a minha assistência é diferente... Então eu acho que sou parteira porque a parteira tem uma assistência diferente, **é uma assistência mais familiar**, é uma assistência mais social, **é um vínculo mais próximo**... Só que a parteira não tem o conhecimento técnico científico [risos]... Você consegue entender como fica tudo meio enrolado?*

Dizer que é enfermeira obstetra, para Priscilla, agrega conhecimento científico ao atendimento de parteria. Teoricamente quem seria “parteira urbana” é aquela que realizou o curso de capacitação em Parteria Urbana, no caso da equipe apenas Honielly possui. Mas informalmente Priscilla afirma que pode ser considerada uma “parteira urbana” apenas por atender partos domiciliares dentro da cidade.

Embora a “parteira urbana” Priscilla relate que não se sentiria segura em ter seu parto atendido por uma “parteira tradicional”, pois já vivenciou casos em que se não fosse seu conhecimento científico o desfecho para a mãe e o bebê seriam péssimos, ela afirma valorizar o conhecimento das antigas parteiras e utilizá-lo também em sua assistência. Como no caso das manobras que ajudam no encaixe do bebê, no uso de chás e banhos, por exemplo, como ela narra:

...a parteira ela vai pelo instinto, né? Porque assim, você vai, você já deve ter estudado, mas as parteiras elas surgiram com 'ah eu pari três, quatro filhos e uma pessoa próxima a mim tá grávida... Eu vou lá ajudar porque eu sei o que foi bom pra mim, eu vou passar pra ela o que foi bom'... Então assim... ela... o instinto dela

que... né? As coisas que ela descobriu com o corpo dela, com o parto dela [...]. Então isso é parteira... Então ela foi sentindo, ela foi se descobrindo e foi passando isso pra frente... Então as técnicas de parteria ajudam muito porque vai mais nessa questão natural e tal...

Priscilla ainda acredita que o fato da enfermagem ser uma classe majoritariamente feminina e as parteiras serem também mulheres, há uma aproximação que facilita numa assistência do “*partejar*”, experiência com a qual o médico obstetra homem não teria e a sua formação, que é basicamente focada na cirurgia, também não estimularia esse molde de assistência.

1.2 Primeiros passos da parteria urbana em Cascavel (PR)

1.2.1 “*Se eu disser ‘eu sou parteira’, ela sabe que eu tô ali pra dar a mão*”: Tatianne Frank

Em Cascavel, a primeira enfermeira obstétrica a apresentar uma proposta de incentivo ao parto em domicílio foi Tatianne Frank através da Clínica Maternar, e também professora de enfermagem de duas componentes da Equipe Manjedoura – Honielly e Henielly. Tatianne não atua mais no município, mas pelo menos uma vez ao ano retorna à cidade para ministrar algum curso na área da saúde. Em uma dessas “visitas”, em 2016, tentei conversar pessoalmente com a enfermeira, mas não foi possível devido ao seu curto tempo entre realizar o curso em Cascavel e também acompanhar o segundo parto da primeira mulher que fez Tatianne ingressar de fato na assistência domiciliar.

Após algumas outras tentativas sem sucesso através de e-mail e conversa por vídeo, consegui conversar com Tatianne em outra ida dela à Cascavel no fim do ano de 2017. A conversa foi mediada por Honielly, que mantém uma relação de amizade com Tatianne desde a época em que foi sua aluna. Sua ex-aluna havia marcado em sua casa uma janta para Tatianne, talvez como forma de retribuição por sua estadia em dias anteriores na casa de Tatianne em Recife, quando esteve de férias por lá. Então me convidou para o evento em sua casa e pediu a Tatianne se poderia me conceder uma entrevista nesta noite.

Foi uma noite de domingo, dia que antecede o retorno de Tatianne à sua cidade. Cheguei no horário combinado e Honielly estava preparando o jantar junto ao seu esposo. Ela apresentou-me a ele como a pesquisadora que estava escrevendo sobre as “parteiras urbanas” e acompanhando sua equipe e uma das mulheres dentre as que acompanhara o parto alguns anos atrás. Antes de Tatianne chegar, ainda conversamos sobre o condomínio em que Honielly mora, que é grande, com casas e sobrados construídos conforme a escolha e gosto dos proprietários, bem como sobre o prato escolhido para o jantar, já que a convidada mantém uma dieta rigorosa de baixo carboidrato.

Tatianne chega à casa de Honielly acompanhada de um namorado e logo já nos recolhemos em um espaço para conversar, a varanda lateral da casa, uma extensão a cozinha, um espaço amplo, com uma churrasqueira, bicicletas, algumas cadeiras e uma rede. Ela senta-se em uma rede e eu em uma cadeira. Antes de iniciar, ela me pede para aguardar um momento, pois precisa realizar um pagamento virtual da compra e reserva de uma passagem para suas próximas férias. Questiono se ela em seu trabalho como parteira consegue ter um período de férias estabelecido, ela responde que há pouco tempo conseguiu se organizar para que naquele determinado período tenha um descanso e viagem de lazer. Para tanto, já nem agenda atendimento ao parto para este período.

Tatianne inicia a conversa relatando-me de onde surgiu o interesse pela obstetrícia. De uma família de cinco irmãos, todos nascidos de parto normal com intervenções que a mãe considerava serem necessárias e o profissional que a atendeu também, por ter sido treinado para prestar uma assistência desta forma. E, portanto, cresceu ouvindo em seu lar que parto normal era muito bom. Aos 16 anos de idade, engravidou, pariu aos 17, com o mesmo profissional que atendeu a sua mãe e sofreu as mesmas intervenções que ela, como a Manobra de Kristeller, episiotomia sem anestesia, jejum, ocitocina sintética e afastamento da mãe e bebê logo após o nascimento. Nessa época, Tatianne já estava no 3º mês de aula em Enfermagem, mas considerou o seu parto uma experiência maravilhosa. Durante o estágio no último ano de graduação chegou à conclusão de que não queria trabalhar com obstetrícia e nem com bebês por ter achado muito sofrido toda aquela situação no sistema público de saúde, já que seu parto foi realizado através do plano de saúde e teve possibilidade de ter acompanhamento da mãe e do então marido na época.

Em 2000, após dois anos de formada, foi para Joinville (SC) e começou a trabalhar em uma maternidade, a maior do estado de Santa Catarina. Trabalhou por um ano e meio na UTI Neonatal, mas tinha contato com o Centro Obstétrico e continuava com a mesma sensação de angústia pela obstetrícia. Foi quando conheceu uma enfermeira obstetra, que se dizia parteira, que mudou toda sua percepção de cuidado e atenção ao paciente. Ela que se considerava até então carinhosa e atenciosa com os pacientes, percebeu com a outra enfermeira que existia uma outra forma de cuidado, como afirma:

Na época que eu a conheci eu tinha 24 e ela tinha 50 e alguma coisa... Então era uma mulher muito experiente... E eu vi que quando ela atendia parto ela... as mulheres se apaixonavam por ela e ela se intitulava parteira. E eu dizia 'nossa, mas parteira, né? Uma mulher que estudou tanto?'... Porque quando a gente está na graduação a gente aprende que parteira é uma pessoa que não tem valor, né? [...] Por não ter conhecimento científico, né? E ela falou uma frase muito importante pra mim: 'a gente precisa ser parteira no cuidado e enfermeira no conhecimento, na ciência'. Então tem que ser amoroso, né? Porque quando eu tô com uma mulher se eu disser que sou enfermeira obstetra talvez ela não entenda o meu papel e se eu disser 'eu sou parteira' ela sabe que eu tô ali pra dar a mão, porque a parteira sempre teve aquela imagem, aquele significado de 'Força, comadre! Coragem, comadre! Eu tô com você, comadre!'. Né?(Grifos meus).

A partir de então Tatianne buscou aprender de perto com a enfermeira que lhe inspirou, ingressando posteriormente na especialização em Enfermagem Obstétrica na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O estado de Santa Catarina possui a maior parte de publicações no tema da “Humanização do Parto” no país, segundo Tatianne. Foi então que ela teve como professora uma enfermeira que acompanhava partos domiciliares.

Ao retornar para Cascavel em 2005, Tatianne iniciou alguns projetos com gestantes concomitantemente com a atuação como professora na UNIOESTE e, em 2008, como enfermeira obstetra na Clínica Maternar. Passou a acompanhar partos hospitalares, mas sem parceria com nenhum médico. Dava o suporte e preparação pré-parto na clínica e acompanhava o parto em um hospital privado.

Em 2009 uma gestante entrou em contato com Tatianne e manifestou o desejo de ter seu acompanhamento em um parto domiciliar na água. Ela, que já havia atendido quase 900 partos hospitalares, se sentiu insegura em um primeiro momento em aceitar acompanhar um parto em domicílio. Ligou para sua ex-professora de especialização que a encorajou e a fez tomar a decisão de ingressar nessa nova modalidade. Para este parto um obstetra da cidade e um pediatra também se ofereceram para acompanhar, o que facilitou de fato para que o parto domiciliar fosse concretizado, já que a obstetra que acompanhava o pré-natal da gestante não

havia concordado e, segundo Tatianne, amedrontou a gestante dizendo que esta iria morrer sangrando. Então foram acompanhar o parto a Tatianne, o obstetra, o pediatra e uma outra enfermeira. Tatianne relata que foi com este parto que pôde ver de fato a autonomia da mulher e a autonomia do profissional. Em suas palavras:

E ela foi nossa mola propulsora assim, então eu fiquei eufórica[...] Eu fiquei eufórica, fiquei assim 'aaah', extasiada... Que isso, né? Que mundo é esse? Porque te dá... Mexe! E aí como a médica dela disse que ela ia morrer sangrando a gente contratou uma revista, aquela Aldeia que é a Caras aqui de Cascavel, e a gente pagou com o dinheirinho do parto [risos] a reportagem pra mostrar pra médica, porque ia chegar no consultório da médica, pra mostrar pra ela que a mulher não tinha morrido... E isso foi uma alavanca, né? Mas foi sem querer... Que as mulheres viram tudo que a Duda tinha vivido e passado e quiseram viver também... Então começou um monte de contato, um monte de gente 'eu quero um parto em casa, eu quero um parto em casa'... E eu me vi nessa situação de começar a atender essas mulheres.

Também muito religiosa Tatianne considera seu ofício de parteira como uma missão. Nesse período em Cascavel, entre o primeiro parto domiciliar em 2009, até 2011, Tatianne acompanhou 16 partos em domicílio. Mas, além disso, atendia partos hospitalares, ministrava aulas na graduação e pós-graduação e realizava uma pesquisa de mestrado exatamente sobre os partos domiciliares no município de Cascavel, o que lhe fez refletir muito sobre qual caminho seguir. Segue abaixo um trecho de nossa conversa:

Aí eu falei com Deus... Falei 'Olha, se você quiser que eu faça isso me ajude', né? 'Se você quiser que eu seja realmente instrumento, me ajude!'... Aí vieram todos os questionamentos assim... Eu lembro de ter dias de ter dúvida 'será que eu faço isso? Ou não?'... E aí tem um casal, por exemplo... Eu sou espírita... Tem um casal que é bem católico assim e eu tinha atendido só a Juliana. E eu passei naquele dia assim me questionando 'Deus, o que que eu faço? O que que eu faço? Me dá uma resposta!'... E naquela noite eu fui atender eles, eu só conhecia a Ju, chegou o Odilon dizendo 'Não sei o que está acontecendo, mas eu tenho que te dizer uma coisa... Faz o que você está pensando em fazer'... Ele ficava me olhando assim, me observando... Eu 'ah, meu Deus, eu tô com algum decote, tô com alguma coisa? Né?'... Que ele me olhava, me olhava e dizia 'Não tô entendendo o que é que tá acontecendo'... Pensa, bem católico, né?... 'Mas eu tenho que te dizer... Você daqui 5 anos não vai ter tempo pra atender todo mundo que quer ser atendido por você'... Daí eu olhei pra ele 'Tá, obrigada... É a resposta!' [...] E Deus é tão generoso sempre comigo, né? Que por exemplo, eu só tinha um fim de semana livre no mês, as mulheres pariam naquele fim de semana... Eu tinha que dar uma aula, meu voo era dez e meia da noite indo pra Dourados, o bebê nascia 6 horas da tarde. Então dava tempo de eu ir pegar minha mala correndo e sair... E isso acontece até hoje... De 320 partos que atendi em casa, só 2, assim... só 2 não... Só 2 foram concomitantes. Mas só 7 eu perdi até hoje, de não estar presente... Às vezes eu chego de viagem, já tem gente me esperando no aeroporto indo meu buscar, eu já saio atendendo um parto, outro parto, outro parto... Então eu penso muito que isso é uma missão mesmo, né? Então eu acredito que a gente sempre tem assim... É muito bacana assim quando você encontra sua missão na vida e eu sei que encontrei a minha... Então eu faço com muito amor, muito carinho, muito respeito né?

Tatianne se emociona, chora, ao falar do que sente em poder acompanhar o poder de uma mulher, “*a chegada desse espírito, dessa nova criatura*”.

1.2.2 Os primeiros “partos humanizados” em Cascavel (PR)

A primeira referência de atendimento humanizado ao parto no município de Cascavel surge com a formação da Maternar Clínica de Enfermagem e Fisioterapia Materno-Infantil, organizada por enfermeiras e outros profissionais em 2009. Uma destas enfermeiras foi Tatianne Frank, fundadora do curso de especialização em Parteria Urbana e a grande inspiração para que as enfermeiras da Equipe Manjedoura repensassem sua prática de assistência ao parto.

Segundo a própria Tatianne Frank, em sua dissertação de mestrado,, a Maternar “nasceu para contribuir com gestantes e casais para que viessem a ter uma gestação e um parto mais consciente e tivessem um cuidado biodinâmico” (FRANK, 2011, p.12). A clínica então oferecia preparo físico, perineal e educação em saúde durante a gestação com encontros individuais ou em grupos. Além disso, oferecia-se acompanhamento ao parto hospitalar ou domiciliar. A autora aponta que o atendimento da clínica repercutiu e despertou o desejo de muitas mulheres e profissionais ao parto domiciliar. Um desejo muito mais relacionado a uma busca de emoções, de ética, de estado de completude e do resgate da autonomia, do que apenas a transformação do processo de medicalização do parto (FRANK, 2011).

No Brasil, o parto no domicílio está mais relacionado com práticas de comunidades com dificuldade em acesso aos serviços de saúde e falta de recursos econômicos. Entretanto, a modalidade de atendimento vem ganhando espaço com uma nova roupagem, como aponta Frank (2011). Mulheres e famílias passam a planejar esses partos acompanhados por profissionais da saúde. E é aí que a enfermeira obstétrica é apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a profissional mais adequada a ser responsável pela assistência à gestação e a partos normais, devido seu custo-efetividade e capacidade de reconhecer riscos e complicações no parto. Portanto, a própria formação de enfermeira obstétrica vem sendo incentivada e alvo de estratégias do Ministério da Saúde desde o início

do século XX. O exercício da enfermeira obstétrica está regulamentado pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 afirmando que estas estão aptas a assistir ao parto normal de baixo risco, realizar procedimentos necessários à segurança mãe-filho e identificar distocias que possam requerer cuidados médicos (FRANK, 2011).

Segundo Frank (2011), a enfermagem foi inserida nas políticas de assistência ao parto¹⁶ somente no início do século XX para prevenção e educação em saúde, aconselhando preceitos de higiene e meios de evitar males aos recém-nascidos. O primeiro currículo do Curso de Enfermagem voltado ao ensino da Obstetrícia e da Puericultura foi implementado em 1923 na Escola Anna Néri na Universidade Federal do Rio de Janeiro, no entanto, o conteúdo não contemplava atividades práticas o que resultou em uma inadequada implementação. Por um longo tempo a medicina foi considerada autoridade para definição dos conteúdos dos cursos de partos. Apenas em 1943 passou a ser exigido o diploma de enfermeira para ingressar em um curso de parto, mais tarde, em 1949, a obstetrícia tornou-se uma das especializações em enfermagem. Pela primeira vez a obstetrícia não estava contida na legislação da medicina e sim da enfermagem, tornando-se assim um elemento definidor de uma especialidade da profissão de enfermagem, a enfermagem obstétrica.

Na década de 1970, ocorreu a Reforma Universitária que inibiu a duplicação de meios para fins idênticos, aprovando assim, através do Parecer 163/72 do Conselho Federal de Educação, que as escolas de enfermagem se incumbissem da formação da enfermeira obstétrica ou obstetriz. Frank (2011) considera, então, que os primeiros passos da atuação da enfermeira obstétrica são marcados por uma luta de categorias profissionais e a manutenção da hegemonia médica. No entanto, desde 1999 a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, com o apoio da OMS e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), vem subsidiando financeira e tecnicamente a formação de enfermeiras obstétricas como promoção do resgate da “humanização do nascimento”.

O Ministério da Saúde também vem, desde então, implantando ações para a melhoria da assistência obstétrica e regulamentando a atuação da Enfermeira Obstétrica. Como exemplo dessas regulamentações o Ministério estabeleceu a realização do pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro/a pela Portaria nº 569/GM de 1º de junho de 2000, fomentou técnica e

¹⁶ Tornquist (2004) sobre a assistência ao parto por parte da enfermagem destaca que ela ocupa um lugar mais próximo aos médicos, embora assimétrico. Uma proximidade ao *status* médico conquistada com um diploma de maior valor e curso de maior duração em relação às parteiras diplomadas.

financeiramente em Instituições de Ensino Superior do país a especialização em enfermagem obstétrica com base na Resolução nº 03 do Comitê de Ensino Superior – CES/99 e instituiu a atuação do/a enfermeiro/a obstetra nos Centros de Parto Normal e Casas de Parto na Portaria 985 de 05 de agosto de 1999 (FRANK, 2011).

Embora a atuação da enfermeira obstétrica seja apontada como substancial para a “humanização do nascimento” devido a menor proporção de intervenção já que estas têm também um cuidado direcionado ao emocional e fisiológico do parto, Frank (2011) aponta que:

a simples especialização de enfermeiras não tem sido capaz de impactar sobre a qualidade no modelo de atenção ao parto, apesar das iniciativas governamentais e do reconhecimento da importância desta profissional, a enfermagem brasileira em relação ao cuidado em obstetrícia apresenta contradições e inúmeros problemas. A formação não está coincidindo com a prática profissional pós-especialização, que em geral desenvolve atividades gerenciais ou administrativas e quando assistenciais, não inclui o acompanhamento e atendimento ao parto normal, havendo necessidade de transformações emergenciais da atuação profissional neste sentido. (FRANK, 2011, p. 32).

A autora aponta que enfermeiras atuantes na área relatam a não aceitação do desempenho de suas funções pela própria equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde, principalmente o profissional médico, que há uma discriminação velada, falta de interdisciplinaridade e relações hierárquicas de trabalho, o que reflete visivelmente nos cuidados à mulher, ao recém-nascido e à família.

1.2.3 Parteria urbana: capacitando profissionais da obstetrícia no “partejar”

Embora a equipe Manjedoura faça uma forte ligação entre ser “parteira urbana” e um sentimento, ou seja, do que estas sentem por ser parteiras, o termo está ligado às discussões sobre o modelo de assistência obstétrica no país. No caso das parteiras da Equipe, elas relatam não terem conhecimento de tal termo antes do curso de Parteria Urbana surgir no Brasil.

Em Cascavel, os partos domiciliares surgem com o acompanhamento de enfermeira obstetra, obstetra e pediatra, antes mesmo da criação do curso de Parteria Urbana. O que me

leva a afirmar que o sujeito “parteira urbana” está mais relacionado à atividade dentro de um modelo humanizado de assistência, do que a um profissional capacitado em Parteria Urbana. Mas fica evidente com o relato das “parteias urbanas” que foi a criação do curso que trouxe visibilidade e consagrou de fato este ofício no cenário profissional da obstetrícia. Neste sentido, é interessante retomar o percurso profissional de Tatianne para que possamos entender melhor a atribuição de significados a suas práticas pelos sujeitos desta pesquisa.

Por motivos pessoais Tatianne mudou-se de Cascavel para Recife em 2011 e iniciou, segundo ela, um novo projeto na área da “humanização”. Enquanto ainda nem havia estabelecido moradia na nova cidade, ela acompanhou um parto domiciliar de uma mulher chamada Rosa, pobre, em situação de vulnerabilidade, que já havia sofrido violência no primeiro parto e agressões do marido. Foi a partir desta experiência que começou a escrever um projeto de capacitação em Parteria Urbana.

Tatianne conta que, quando atuava como professora em pós-graduação, os alunos sempre manifestavam o desejo de acompanhá-la nos partos domiciliares, mas ela explicava que não era possível pelo fato do parto ser algo muito individual e a mulher haver contratado somente ela para assistir ao parto. Ela relata: *“E aí o que é que aconteceu? Eu consegui pensar em oferecer partos para mulheres carentes, sem recurso, em situação de vulnerabilidade... Em uma troca, que ela permitisse que fosse eu e mais 3 alunos...”*. Ideia que surgiu a partir do parto da Rosa, da percepção de que muitas mulheres mantinham esse desejo de um parto domiciliar e da sua própria experiência e dificuldade enquanto parteira que teve que aprender sozinha, na prática, diz ela.

O curso de Parteria Urbana então iniciou no ano de 2012 e ainda é o único do país a especializar enfermeiros/as obstetras, obstetrizes e médicos/as obstetras em “parteiros/as urbanos/as”. Em 2018 está na 5ª turma formada. O curso contempla seis módulos teóricos de três dias cada e Tatianne demonstra sua intenção em unir a ciência e o cuidado holístico. Nas palavras dela: *“Porque eu não acredito que nenhum resolva tudo, né? (Risos) Então eu não posso só lidar com o sagrado feminino... Né?... Com o cuidado holístico, humano, e não trazer a ciência... Eu acredito na junção desses dois... e a ciência não resolve tudo”*.

Sobre a sua atuação no parto, ela desenvolve do seguinte modo:

Lá é você com você mesmo, não tem todo o aparato de um hospital... Num hospital você está com uma equipe inteira, né? Que não que eu diga que eles saibam resolver,

porque pra mim eles não sabem. A grande maioria dos profissionais pra mim são totalmente desatualizados... A grande maioria... Aí pra quem vai estar em casa vai ter que saber muito, tem que ter muito conhecimento, muita base teórica, muito poder pessoal, né? Pra poder estar lá diante da mulher atendendo e sabendo as melhores técnicas, as melhores práticas... Você tem que ir preparado pra fazer nada porque a grande maioria dos partos são fisiológicos e o curso traz justamente isso, tentar mudar essa roupagem, porque não é só levar o hospital para casa... É mostrar para o profissional que quanto menos você faz é melhor, que você só deve fazer quando algo surgir... Então as pessoas são acostumadas a querer fazer alguma coisa, às vezes elas se acham importante fazendo e aí quando vão pra casa a grande fala dos alunos é justo essa, porque eu sou uma das instrutoras do estágio, hoje, esse ano, eu já consegui colocar mais pessoas porque quando eu cheguei lá em Recife só eu atendia parto como profissional... [...] Então eu tentava mostrar pra eles, pras essas enfermeiras, pra esses profissionais, que a gente não deve atrapalhar a mulher, a gente deve respeitar o parto fisiológico... Por que a gente entra na cena quando? Quando algo precisa, só no necessário... E pra eles era muito difícil porque apesar de fazer o curso, a parte teórica, as pessoas às vezes não acreditam verdadeiramente no parto... A gente tem toda aquela visão cristã que a mulher tá sofrendo, então vou tentar antecipar o parto...

Segundo Tatianne, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece e define como “parteiros/as urbanos/as”, os/as enfermeiros/as obstetras, obstetrizes, médicos/as obstetras e médicos/as da saúde da família, com preparação para atender urgência e emergência em domicílio e saber reanimar um bebê no domicílio. Porém, a enfermeira reconhece o ofício da parteira tradicional como extremamente necessário para o contexto da gestante a qual atende, mas deixa claro que a ciência e os estudos mostram que os locais que têm mais profissionais capacitados atendendo parto têm menos taxa de mortalidade materno-infantil.

Sobre ser considerada uma parteira, Tatianne relata:

[...] nem me dão o nome de enfermeira obstetra, dão o nome de parteira... Porque eu sou parteira, né? Quem atende parto é parteira, pode ser médico, pode ser enfermeiro... Eu sempre digo 'eu sou parteira', eu nem me denomino enfermeira, digo 'não, eu sou parteira'... É bem engraçado, às vezes as pessoas perguntam 'ah, você faz o que?', 'Eu sou parteira!', 'Você é médica?', 'Não, eu sou enfermeira!' [...] Não consigo me pensar de outra forma... Pra mim é tanta honra, né? Ser uma parteira... Jamais vejo como pejorativo, talvez as outras pessoas possam pensar assim, mas é um problema que é dela, ela que tem que resolver [risos]. Ela que vá estudar, entender o que é uma parteira urbana. Eu não ligo muito para o que os outros dizem não.

Nota-se, portanto, uma preocupação em comum entre Tatianne e a Equipe Manjedoura, pois denominam-se parteira, não só por esta ser um profissional que atende ao parto, mas por todas as características que cada uma atribui ao ofício: vínculo, proximidade, afeto, emoção e a sensibilidade com o corpo que está a dar à luz. É, entretanto, necessário

pensar nesse corpo como algo produzido na e pela cultura. Goellner (2003) chama a atenção para o desafio em se desnaturalizar o olhar sobre o corpo, percebendo-o como uma construção histórica sobre a qual são conferidas diferentes marcas, em diferentes tempos, espaços, grupos sociais etc. Sendo, portanto, o corpo mutável e suscetível a inúmeras intervenções dos desenvolvimentos científico e tecnológico de cada cultura. O corpo é um conjunto de significados culturais e sociais a ele atribuído, não somente as semelhanças biológicas que o definem, bem como, uma construção da linguagem sobre o, para o, do e no corpo. A linguagem tem o poder de nomear esse corpo, classificá-lo e defini-lo na normalidade ou anormalidade.

Concordando com o posicionamento de Goeller (2003), Ceres e Knauth (2004) também exemplificam a construção da linguagem na concepção de corpo no que se refere a “resistência” à dor na experiência do parto. Essa concepção está vinculada ao gênero: associa-se a maior resistência à dor às mulheres, por estas passarem pela dor do parto. A ligação entre sexo e gênero feminino, feminilidade e beleza, estimula a adoção de práticas sociais que apresentam uma série de consequências para a saúde das mulheres. O que Ceres e Knauth (2004) apontam é a existência de um sistema de saúde construído para acolher especialmente a fase reprodutiva da mulher.

Enquanto “parteiras urbanas”, a Equipe Manjedoura vai tecendo sua concepção de corpo frágil, no sentido de que este necessita de uma atenção emocional e afetiva para que o parto ocorra. Ao mesmo tempo é através dele que a mulher demonstra sua força, como indica o seguinte relato de parto publicado na rede social *Facebook* pela equipe:

Nasceu no limite: ultimo dia do mês, ultimo dia proposto por causa da idade gestacional (termo tardio), no limite das forças que a Reh achava que tinha, mas logo percebeu-se que o limite tinha sido colocado muito aquém de sua capacidade. Mulher de fibra, de força, de garra, de luta, de poder, de música, de dança, de sorrisos e gemidos, de entrega comedida mas determinada!

(Relato de parto escrito pela Equipe Manjedoura disponível na página da equipe na rede social Facebook do dia 07 de junho de 2017)

2 O “NASCIMENTO” DA EQUIPE MANJEDOURA

2.1 A problemática da humanização do parto e a formação da equipe Manjedoura

A equipe Manjedoura já atuava desde o primeiro semestre de 2016, mas ela consolidou-se de fato em dezembro de 2016 quando anunciaram sua formação através de redes sociais. A ideia de um grupo surgiu da parteira Honielly devido a algumas questões pessoais e profissionais suas e da irmã Henielly, pelas quais estavam passando no período. Segundo Honielly:

... teve um dia que a gente teve dois partos ao mesmo tempo, um no hospital e outro domiciliar... e a Heni atendeu sozinha o domiciliar, mas era um domiciliar que não era pra ser domiciliar... E, nossa, deu o maior rolo porque era do doutor Geraldo.¹⁷ e aí elas acabaram indo pro hospital pra... pra fazer a sutura, sei lá o que... Duas, três horas da manhã. O doutor Geraldo comeu o rabo da Heni, da mulher, entendeu? Desculpa o termo é que literalmente... assim... não no sentido literal entendeu? [risos] [...] Mas aí, nossa, aquele dia foi muito estressante... Daí eu [...] foi o dia que eu liguei pra Pri.

Não só o fator de demanda alta foi decisivo para que uma equipe se formasse, mas também o fato de Honielly estar, já há algum tempo, passando por tratamentos para engravidar. E sua preocupação era definir quem atenderia em seu lugar os partos, para que ela pudesse se ausentar enquanto seu filho fosse um bebê.

As enfermeiras, ou “parteiras urbanas”, antes de optarem por consolidar uma equipe percebiam que a busca pelo atendimento estava muito vinculada ao nome de Honielly. Era ela que a maioria das gestantes procurava, solicitava a presença no parto e criava um vínculo. Ela afirma que sentia a necessidade de desvincular seu nome da assistência domiciliar ao parto que acontecia na cidade e também como uma forma de facilitar o revezamento entre elas no atendimento. E, assim, tentou por muito tempo convencer Priscilla a morar em Cascavel e integrar a equipe. Segundo Honielly, esta última só se decidiu quando, por problemas de relacionamento, estava deixando a equipe da qual fazia parte em Maringá, como exposto nas palavras dela:

¹⁷ Geraldo é um pseudônimo que adoto a me referir ao médico obstetra em questão como forma de preservar o nome que não me foi autorizado para divulgação.

'Então vem, né? Daí eu vou tentar te garantir esse... um salário mínimo por mês aí...' Mas não um salário, né? Um ganho mínimo, né? Porque ninguém aqui é com carteira registrada, a gente trabalha em equipe... tem parto a gente ganha, não tem, tipo... A gente guarda dinheiro pra quando o mês que tem mais para o outro mês contra balançar, né? Tem mês que a gente tem três partos, né? Mas daí tem mês que a gente tem seis, sete... Daí já chegou mês da gente ter treze, doze... já teve [...]oh novembro de 2015 a gente teve nove parto domiciliar... foram treze, quatro hospitalar e nove domiciliar...

A questão do grande crescimento da demanda de gestantes buscando o atendimento de uma parteira urbana deve-se principalmente à propagação da discussão em torno da “violência obstétrica” e da necessidade de “humanização do parto”. Debate, este, que teve início no Brasil na década de 1990.

A construção do sistema de saúde no Brasil, como aponta Maia (2010), ocorreu de forma fragmentada, com caráter de privilégio às práticas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário. O sistema construiu-se num campo de muitas dicotomias (urbano e rural, prevenção e assistência, previdência individual e saúde coletiva, público e privado etc.) e tentativas de superá-las sem muito sucesso. No início do século XIX tivemos as primeiras ações de saúde pública voltadas para o controle de epidemias. Após a proclamação da República, os sucessivos governos passaram a assumir a responsabilidade em gerir políticas de saúde mais abrangentes. Assim, ensaiando-se uma divisão de atribuições entre estados e União, com o objetivo de superar as precárias condições de saúde da população, o que impactava na economia nacional. A assistência médica incorporou-se ao rol de ações voltadas à população brasileira, por meio da implementação de mecanismos com participação estatal, como as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), mais tarde substituído pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) de maior controle do Estado. No entanto, Maia (2010) afirma que no modelo previdenciário dos CAPs e IAPs a prestação de serviço não era universal, excluindo-se quem não fizesse parte do mercado formal de trabalho. O que resultou, a partir de reivindicações, na criação em 1966 de um sistema unificado e menos desigual, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A criação do INPS possibilitou um fortalecimento financeiro, político e administrativo da previdência social. Já que nesta, ocorria uma fusão das instituições de seguro social, enquanto que o Ministério da Saúde fracassava nas tentativas integracionistas. Como a

previdência social tinha recursos financeiros, foram priorizadas as ações curativas e centradas nos hospitais: um modelo que passou a ser conhecido como hospitalocêntrico. Sendo assim, o Ministério da Saúde deveria atender as necessidades preventivas enquanto que a Previdência Social as necessidades curativas.

Segundo Maia (2010) durante a ditadura militar deu-se prioridade à compra de serviços médicos do setor privado, o que fragilizou e reduziu a presença da rede pública preexistente. O sistema médico previdenciário estava esgotando-se e seria necessária uma mudança na lógica de assistência à saúde.

A década de 1970 viu surgir um movimento de discussão e questionamento das condições de saúde no Brasil, o Movimento pela Reforma Sanitária. Segundo Maia (2010), é com esse movimento que uma mudança na lógica de assistência à saúde no país passa a ser debatida, especialmente a respeito do reconhecimento da saúde como direito social universal e a responsabilidade estatal sobre esse direito. Movimento que ocorre concomitante com o início da transição democrática e a profunda crise econômica, e tem como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. É desse evento que surgem resoluções que influenciaram na inserção das questões relativas a saúde na Constituição de 1988, cujas políticas da área da saúde foram redefinidas e constituídas em um sistema único, o Sistema Único de Saúde (SUS). A assistência privada à saúde é livre e estas instituições podem participar de forma complementar ao SUS.

Segundo Maia (2010), essa dualidade no sistema de saúde brasileiro é importante para pensarmos a questão da assistência ao parto atualmente, pois esse sistema híbrido é uma marca de classe, uma divisão entre assistência pública e privada, que constitui uma diferenciação do status social e que legitima o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Modelo, este, configurado pelo parto e nascimento transformados em ato médico. Para a autora:

A compreensão das origens do modelo médico de assistência ao parto construído na modernidade deve contemplar dois aspectos: o fato de que a medicina ocidental iluminista passa a ver o corpo como máquina e o médico como o mecânico, aquele que a conserta; e o reconhecimento de que o modelo de produção fabril passou a ser aplicado na assistência à gestante, em que metáforas de tempo e movimento são usadas tanto para descrever o “trabalho” de parto (Davis-Floyd, 2001; Martin, 2006) quanto para organizar a assistência. (MAIA, 2010, p. 10)

Segundo Maia (2010), nessa percepção do corpo como uma máquina, o parto é compreendido como o resultado de um trabalho mecânico de contrações involuntárias, em que o útero é o produto e principal objeto do obstetra. A concepção da obstetrícia moderna elimina a mulher como sujeito do parto, pois o modelo tecnocrático vê o parto como um processo puramente fisiológico e não emocional. Descartando assim a possibilidade de que fatores externos, como a mulher estar sozinha durante o trabalho de parto, não seja reconhecido como um empecilho ao processo. Dessa forma o médico pode intervir sempre que considerar que o útero não responde apropriadamente.

O parto hospitalar, portanto, assume a característica de uma linha de montagem. Isso é observado desde a disposição estrutural da maternidade com sala pré-parto, sala de parto, centro cirúrgico, quarto de recuperação, e a mulher sendo deslocada conforme a evolução do seu trabalho de parto (MAIA, 2010). Até a posição da mulher durante o trabalho de parto e o parto, em litotomia (deitada) para facilitar o exame médico e permitir a condução ativa do parto por ele. Maia (2010) observa o efeito cascata que se gera a partir daí. A mulher em posição deitada dificulta o processo do nascimento, favorecendo assim o uso de ocitocina sintética (soro que acelera as contrações), o que a impede de se movimentar e, portanto, ela sente mais dor. O aumento da dor justifica o uso de anestesia e a partir desta a mulher já não tem mais nenhuma possibilidade de participar ativamente do parto. O que abre margem para o médico realizar a manobra de Kristeller (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo). E, por fim, a episiotomia (corte no períneo) pelo fato de todas as intervenções anteriores não favorecerem o relaxamento do músculo perineal. Isso quando a intervenção final não se torna uma cesariana que poderia ter sido evitada caso não houvesse todo esse efeito cascata que Maia (2010) aponta, já que, em suas palavras: “No modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea.” (MAIA, 2010, p. 37).

O movimento da “humanização do parto” surge então como resposta a esse modelo tecnocrático e abre a discussão com uma nova proposta de modelo de assistência, o modelo humanizado. Um movimento contracultural que se opõe ao “ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem” (MAIA, 2010, p.

42).¹⁸ Em um parto dito “humanizado”, a mulher tem liberdade de movimentação, há possibilidade da presença de um acompanhamento da sua escolha, recebe recursos não farmacológicos para o alívio da dor, pode escolher a posição em que deseja parir e tem seu medo e sua dor reconhecidos como integrantes do processo. Destas recomendações apenas o acompanhante de escolha da gestante está garantido atualmente no sistema legal, com a Lei do Acompanhante nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Esta, no entanto, não está sendo cumprida integralmente em todos os lugares, como é possível visualizar no município de Cascavel. Segundo a Equipe Manjedoura o Hospital Universitário, do sistema público, passou a cumprir esta recomendação, somente em outubro de 2017. No entanto, no início do ano 2018, após passar por fases de testes e adaptações da estrutura para receber acompanhantes, o hospital desistiu da ação. Porém, por pressão social tiveram que se readequar, por exemplo, inserindo divisórias entre as camas do mesmo quarto para que preservasse a privacidade das parturientes.

No Brasil o termo “parto humanizado” passa a ter visibilidade a partir da década de 1990 com a criação da Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa). A rede era formada por profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas médicas da época de criticava as altas taxas de cesárea e o descumprimento das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 sobre o parto, puerpério e saúde materno-infantil. Pouco tempo depois outra forma de mobilização passou a existir, pequenos grupos de mulheres reunidas através de espaços virtuais, páginas e grupos, para depois somar a contextos mais amplos como nos encontros do ReHuNa.

O que o movimento da “humanização do parto” busca é que todas essas recomendações, que são também da Organização Mundial da Saúde (OMS), sejam seguidas e torne-se lei a prática contrária caracterizada como “violência obstétrica”. O termo “violência obstétrica” é utilizado para se referir às diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, parto, pós-parto e aborto. Trata-se de uma categoria êmica que pode ser referida de outras formas, como: “violência de gênero no parto e aborto”, “desrespeito e abuso”,

¹⁸ Wagner (*apud* MAIA, 2010) menciona a existência de três modelos de assistência ao parto: o Tecnocrático (centrado na figura do médico, que marginaliza as obstetizes e utiliza-se de alta tecnologia, como no caso do Brasil urbano, dos EUA, da Rússia e da França, entre outros países.); o Humanizado (com obstetizes autônomas e baixas taxas de intervenção, como na Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos); e o Misto, como na Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália.

“crueldade no parto”, “assistência desumana/desumanizada”, “maus-tratos durante o parto”, entre outros. (DINIZ et al, 2015).

No Brasil, a questão da violência obstétrica vem há algum tempo sendo abordada em trabalhos feministas dentro e fora da academia (Diniz et al.,2015). Na década de 1980 uma etnografia da experiência feminina, intitulada *Espelho de Vênus*, descreveu o parto institucionalizado como uma vivência violenta. No final desta mesma década as políticas de saúde do país, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), já reconhecia o tratamento impessoal e agressivo à saúde das mulheres. Embora o tema presente, a resistência dos profissionais e outras questões fizeram com quem a pauta ficasse negligenciada. A partir de 1993 cursos foram promovidos pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP, cujos projetos resultaram na publicação de um manual sobre o tema. Com a ampliação do interesse acadêmico pelo tema da violência obstétrica, a crescente produção de pesquisas sobre a formação dos profissionais e os mais recentes dados de base populacional como a pesquisa nacional “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado¹⁹”, são contribuições recentes para a visibilidade do tema e o despertar do interesse da grande mídia. (Diniz et al.,2015)

Segundo Diniz et al. (2015), o próprio termo “humanização do parto” foi favorecido pela discussão da “violência obstétrica” quando, em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) decidiu não falar abertamente sobre violência por temer uma reação hostil dos profissionais sob tal acusação. Atualmente vários autores buscaram tipificar e classificar os tipos de violência obstétrica. Diniz et al. (2015) traz alguns exemplos de desrespeito e abuso da realidade brasileira, como: abuso físico (toques vaginais repetitivos sem justificativa clínica, imobilização física em posições dolorosas, prática de episiotomia desnecessária...), imposição de intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações distorcidas (indução à cesárea por motivos duvidosos), cuidado não confidencial com maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, formas de comunicação desrespeitosa, tratamento diferencial de acordo com cor, classe, escolarização ou estado civil.

¹⁹ O documento de Venturi e Colaboradores (2013) evidenciou que um quarto das mulheres que passaram pela experiência do parto relatou ter sofrido algum tipo de violência na assistência. O mesmo relatado pela metade daquelas que sofreram aborto.

Para Diniz et al. (2015), a “violência obstétrica” tem grandes implicações para a morbidade e mortalidade maternas. Essa está sendo um importante problema social e de saúde pública que reflete na qualidade assistencial. A mortalidade materna indica o status da mulher, seu acesso à saúde e a adequação do sistema de saúde em responder às suas necessidades. Dessa forma, a “violência obstétrica” implica na morbimortalidade quando o manejo agressivo do parto adiciona riscos à mulher, com o uso inapropriado e excessivo de intervenções invasivas; quando a violência no parto funciona como uma coerção à cesárea, o que aumenta a ocorrência da cirurgia e de seus riscos; quando há negligência em atender mulheres que gritam e choram, ou pedem ajuda constantemente, há uma cultura disseminada que estas mulheres recebem a pior assistência, o que resulta em riscos aumentados de morbimortalidade materna; quando há hostilidade contra profissionais e mulheres que buscam uma assistência diferente do modelo hegemônico, nos casos de transferência de uma casa de parto ou de um parto domiciliar ao hospital, o atendimento tende a ser mais demorado quando não acompanhado também de abusos verbais; também quando em situação de abortamento se há suspeita de que tenha sido provocado, a assistência é negligenciada e demorada; e quando há impedimento da presença de um acompanhante, que poderia sinalizar de forma enfática aos profissionais o estado clínico da parturiente.

Diniz et al. (2015) sugere três propostas de superação ao quadro de “violência obstétrica”. A primeira diz respeito a intervenção na formação dos profissionais da saúde durante a graduação, especialização e formação continuada. A autora sugere que se incluam nas disciplinas de graduação (em medicina, enfermagem, obstetrícia, psicologia, entre outros) os direitos das mulheres e os direitos sexuais e reprodutivos, desde os previstos pelo código de ética médica até os direitos recentemente assegurados pelo SUS. Também se deve investir na formação de obstetras e enfermeiras obstetras, ou seja, em especialistas em parto fisiológico. Pois 90% dos nascimentos no Brasil são acompanhados por um médico com formação em cirurgia. Esse profissional, portanto, deve ser valorizado por sua capacidade de diagnósticos e prescrições médicas ou cirúrgicas nos casos que deles necessitem. Outra ação seria rever o conteúdo curricular de todas as profissões da saúde de forma que o ensino prático seja baseado em evidências científicas de sua segurança e efetividade, com reflexão crítica sobre as intervenções e a promoção do conforto materno.

A segunda proposta de Diniz et al. (2015) refere-se a informação e fortalecimento da autonomia de mulheres e famílias: devendo ser rotina do pré-natal informações sobre a assistência ao parto através de atividades educativas durante todo o desenvolvimento da gestação; planos de partos também devem ser estimulados e o direito a acompanhante garantido durante toda a internação para o parto, da admissão até a alta, inclusive nos casos de aborto ou outras complicações.

Visibilização e responsabilização fazem parte da terceira proposta de Diniz et al. (2015). Várias instituições, como o Ministério da Saúde, já têm assumido a responsabilidade de compilar denúncias e propor um diálogo com os responsáveis dos serviços sobre as mudanças necessárias. Iniciativas provocadas pelo próprio movimento de mulheres. A visibilidade pode ocorrer através do fomento de pesquisas, desenvolvimento de indicadores de “violência obstétrica” e recursos para a mensuração do efeito intervenções para a sua prevenção. Também com a divulgação e capacitação da Central de Atendimento à Mulher – Disque 180 para receber denúncias de “violência obstétrica”. Casos, estes, que podem também ser encaminhados à ouvidoria do serviço e do SUS, ou ao Ministério da Saúde. A inclusão da assistência ao abortamento e o acesso ao aborto seguro devem fazer parte da pauta de prioridades, pois a falta de serviços que funcionem efetivamente e o uso de técnicas agressivas, como a curetagem, constituem também como “violência obstétrica”. A última estratégia tem como objetivo promover um diálogo entre todos os atores envolvidos na assistência perinatal através do Fórum Perinatal. Para tanto, necessita-se de sua implementação para regulação e controle social. O Fórum constitui em uma importante arena de debates entre gestores, profissionais da assistência, usuárias e grupos organizados, universidade, pesquisadores, conselhos profissionais, defensorias públicas, entre outros. Pois a autora entende que a prevenção e superação desta forma de violência dependem do engajamento de todos os envolvidos na assistência.

A equipe de “parteiras urbanas”, ao assumir um atendimento no modelo humanizado de assistência, pressupõe que sua prática seja contrária ao que se denomina como violência obstétrica. Além disso, outros fatores também presumem de certa forma, qual o seu modelo particular de assistência dentro da “humanização”, como por exemplo, o nome escolhido para denominar a equipe recém formada. O fato de a equipe ter o nome de Manjedoura e ter sido divulgada próximo ao natal de 2016, Priscilla diz ter sido coincidência, pois o nome já havia

sido discutido entre elas e indiretamente já o divulgavam, mas somente em dezembro resolveram de fato anunciar ao público. O nome possui uma representação não só atribuída ao trabalho delas, mas também ao lado espiritual. Nas palavras de Honielly: *“Manjedoura foi o local onde Jesus nasceu e quando a gente fala ‘manjedoura’ já lembra que foi um nascimento natural... Mas o principal é que foi um parto abençoado por Deus”*. Muito religiosa, ela queria um nome que representasse então o seu lado espiritual quanto o profissional, pois este permitiria, segundo ela, *“levar a mensagem”* às pessoas de que *“até o homem mais importante do mundo veio em um parto natural”*..

O principal campo de atuação das enfermeiras da Equipe Manjedoura é o atendimento ao parto domiciliar. De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal disponibilizadas pelo Ministério da Saúde (2017), a gestante precisa ser informada durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios sobre o local de parto (domicílio, Centros de Parto Normal extra, peri²⁰ ou intra hospitalar, maternidade). O documento deixa claro que o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não é recomendado como possibilidade. No entanto, ele não deve ser desencorajado, desde que atenda as seguintes recomendações: que a parturiente tenha acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade e não possua uma gestação de risco médio ou alto que necessite de um acompanhamento hospitalar de imediato. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, assim como o/a médico/a obstetra, o/a enfermeiro/a obstetra e obstetrias são legalmente autorizados a acompanhar um parto normal.

O Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, através do parecer técnico COREN/PR n° 001/2016, baseado na legislação COFEN n° 0477/2015, reforça a atuação do/a enfermeiro/a obstétrico/a em todas as fases da gestação, inclusive na execução do parto domiciliar. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2017), o/a enfermeiro/a obstétrico possui conhecimento, competência e autonomia para atender parturientes e recém-nascidas em domicílio garantindo segurança e qualidade durante todo o ciclo. O parecer técnico relatado por Alessandra dos Reis – conselheira regional de enfermagem no Paraná – ainda apresenta os critérios para que o/a enfermeiro/a obstetra emita e preencha a Declaração de Nascido Vivo necessária para que o bebê seja registrado. Nas

²⁰ Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar é aquele localizado nas imediações do hospital de referência, em uma distância que deve ser percorrida em um tempo inferior a 20 minutos. (Portaria n° 11, de 7 de janeiro de 2015 do Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>

palavras da técnica: “O parecer reforça os deveres e direitos do profissional na área, baseado em leis, para não deixar que prevaleçam dúvidas sobre a legalidade dos atos do Enfermeiro Obstétrico” (REIS *apud* COFEN, 2017).

O custo até 2018 para um parto domiciliar com a Equipe Manjedoura é de 4.200 reais. Honielly é a que administra a compra de materiais, divulgação e é responsável pela organização. Desse montante, uma taxa administrativa é recolhida aos cuidados de Honielly e o restante do valor é distribuído conforme quem tenha atendido a gestante. Cada consulta, pré-parto ou pós-parto tem um valor extra, que recebe quem a realizou. No caso do parto, que obrigatoriamente duas enfermeiras precisam estar presentes, o valor desse atendimento é dividido por igual às duas que atenderam. Já aconteceram partos em que as três estiveram presentes, quando é um parto demorado e elas estão cansadas, ou é um *parto difícil* e precisam de mais uma opinião. Mas Honielly ressalta a importância de ter sempre uma de retaguarda, descansando, porque nunca sabem quando ocorrerá outro parto, então se todas estivessem cansadas não haveria possibilidade de atendê-lo.

Honielly ressalta que não só por ter uma função a mais na equipe, a administrativa, mas também pelo fato de seu nome estar diretamente ligado ao parto domiciliar, é necessário que tome a frente em algumas decisões:

[...] quando elas vão atender, é porque falaram assim: ‘me falaram muito bem da Honi’, não falaram muito bem da equipe Manjedoura. Agora pode ser que vão falar... Mas o meu nome que tá na reta e eu não quero que ninguém denigra a minha imagem... Então enquanto for a minha imagem que tá na reta, vai ser do meu jeito, entendeu? [risos] Do meu jeito, formato de assistência, mas o parto é do jeito da mulher [...]

Nesse sentido, quando ocorrem divergências quanto a melhor conduta no parto, se é necessária uma transferência para o hospital ou não, geralmente é o ponto de vista de Honielly que prevalece. Mesmo que não esteja no parto, ela é solicitada ou ela mesma solicita ser informada, como indica na fala a seguir:

[...] não vou mas a gente tem equipe: ‘Como é que tá fulana? Quantos centímetros? E agora? Como é que ela tá?’. (...) Fica o tempo todo, a hora que nascer: ‘Já nasceu? Me avisa a hora que nascer’. Entendeu? É assim o tempo todo, não consigo nem... E daí as vezes eu falo: ‘Eu vou aí!’ [risos]... E aí tipo... sabe? Mas eu, eu... eu era mais ainda e agora eu falo: ‘Cara, se eu fico demais assim, aí as meninas elas ficam...’, elas falam assim: ‘Honi, você tem que aprender a confiar, a delegar mais se não você vai sofrer, como é que você vai ser mãe assim?’. Aí elas ficam no meu pé... Então aí eu meio que aprendi a... Então agora eu consigo numa boa assim saber que elas estão no parto, deitar e dormir e no outro dia falar: ‘E aí? Não

nasceu ainda não?’. Mas deitar e dormir um sono tranquilo, mas iii... eu levei um bom tempo pra isso.

Em sua entrevista, Honielly destacou as particularidades que percebe na equipe, especialmente na organização da sua assistência e na da irmã Henielly. Uma característica é atribuída a cada uma delas – de razão e emoção – características que também são destacadas em vários relatos de partos de gestantes e doulas, aos quais tive acesso. Assim, Honielly se reconhece como a “razão”, a “cabeça”, da condução do parto; enquanto indica Henielly como a que possui um vínculo afetivo maior com as gestantes, sendo a “emoção”, o “coração” da equipe. Henielly também comenta e as identifica com tais características. Talvez estas tenham sido identificadas pelas “parteiras urbanas” a partir do que as outras mulheres observaram nelas e relataram. O que parece certo é que estas diferenças percebidas entre elas são utilizadas para construir uma imagem da equipe, como Honielly exemplifica:

*A Heni, ela já quer, ela quer: ‘não, tudo tem que ser em casa’. Eu falo... ontem eu falei pra ela: ‘Heni, vão ter mulheres que vão parir em casa, vão ter mulheres que vão precisar do hospital e vão ter mulheres que vão precisar da cesárea... E você tem que aceitar e entender isso’. E eu sofria muito quando eu tinha que transferir uma mulher, ou que a mulher estava lá no hospital e tinha que ir pra cesárea, mas aí um dia eu entendi e o meu trabalho é justamente saber qual delas precisam [...]. É que a Heni é muito mais **emoção, coração** e eu sou muito mais **razão, técnica** e ‘tananá’, entendeu? Então nesse sentido que... Só que no parto domiciliar você tem que **pensar** bem certinho porque eu não posso pensar assim. (Grifos meus).*

Nos relatos de gestantes em redes sociais no perfil social de Priscilla, a enfermeira Priscilla ganha destaque pelas pinturas que realiza, uma técnica que a equipe nomeia como “ultrassom natural” e que também ofertam como assistência pré-parto. Segundo a própria Priscilla e suas companheiras de equipe, a técnica consiste em identificar, por meio da palpação, a posição em que o feto se encontra dentro do útero (pélvico, cefálico, com dorso à direita ou à esquerda) e então desenhá-lo na barriga da mãe, como forma desta e do pai, imaginarem como será o seu bebê e personificar o feto que ainda não nasceu. No capítulo seguinte darei uma atenção maior a “ultrassom natural”.

O primeiro contato com a gestante ocorre ainda no início da gestação quando a equipe ou uma delas é procurada por intermédio das redes sociais ou telefone. No entanto, a primeira consulta é realizada somente a partir das 36 semanas de gestação. A orientação dada pelas parteiras é que a gestante faça o pré-natal corretamente com seu médico e no fim da gestação combinam o dia da consulta com elas. Na primeira consulta, elas avaliam todos os

exames de pré-natal da gestante; analisam diversas situações, tais como se a gestante possui plano de saúde ou não, se a gestação é de baixo risco ou não, a possibilidade de ter um parto domiciliar, quais são os riscos; indicam qual o atendimento que a equipe realiza e deixam o contrato e o termo de consentimento livre e esclarecido para que o casal o leia.²¹ Na semana seguinte, elas voltam a encontrar o casal e conversar sobre a decisão que este tomou. Se eles aceitarem as condições postas no contrato, eles e as enfermeiras o assinam. No caso do parto domiciliar, além da forma de pagamento, também está especificado no documento quais as atribuições das enfermeiras e as obrigações do casal, para que elas também aceitem acompanhá-los. Conforme Priscilla:

A gente coloca as nossas funções desde o acompanhamento de pré-natal, durante o trabalho de parto, durante o parto, numa transferência como seria, a (real) situação, as consultas de pós-parto... a gente coloca também o mínimo de material que o casal precisa ter em casa pra gente poder acompanhar... é [...] não equipamento de saúde propriamente, medicação... Não... Isso nós leva... Mas tipo, garantir que tenha energia elétrica, garantir que tenha água, gás, né? Alimentação pra gestante... Então é... a gente coloca também remuneração... a gente disponibiliza piscina caso eles queiram, tudo isso em contrato, né? A gente coloca as obrigações que eles têm também enquanto casal, assumindo esse parto domiciliar... Não é a gente que tá assumindo esse parto sozinha... é [...] são os dois lados que estão assumindo junto, né? Então a gente coloca a responsabilidade deles assim no contrato, assim como a nossa.

No atendimento ao parto, as enfermeiras fazem questão que a gestante tenha também uma doula. Elas explicam que só chegam na fase ativa do parto e a doula pode acompanhar e tranquilizar a gestante antes dessa fase, na chamada fase latente do parto, como indica Honielly: “e a gente fala: ‘oh, você não tá pagando a gente pra ir na fase latente porque o nosso trabalho é técnico, é monitoramento...’, é emocional também, mas é... Ele é voltado porque se a gente fosse cobrar ia ficar caro...”.

Honielly relata que observa uma dependência da gestante com a doula, no sentido de que esta auxilia no alívio da dor e a mulher muitas vezes solicita a massagem dela. Mas a dependência que a gestante cria com as parteiras é no sentido de que a palavra delas tecnicamente provoca um convencimento “em trazer a mulher a não desistência do parto”, como Honielly exemplifica a seguir:

²¹ As “parteiras urbanas” se referem à assistência sempre ao casal, à família. Procuram agendar as consultas com a gestante em um momento que o marido possa estar junto por entenderem que o parto é do casal. Relatam que todas as gestantes que atenderam até hoje eram casadas, legalmente ou não, com o pai do bebê que estavam gestando.

A gente tem um papel muito... que é... que é o lance do bebê nascer saudável 'tarará'... Então, se a gente olha pra ela e fala assim: 'fulana, agora eu preciso que você nananã...', tipo, no sentido assim às vezes a mulher tá lá surtando: 'não quero maaais'... A gente que traz ela pra cá e fala: 'vamos parir, mulher!', entendeu? Então, tipo, a gente tem... tipo... como tecnicamente a gente tem eu diria assim... não é um poder, né? Mas é um conhecimento que faz um convencimento maior. Entendeu? Então a gente fala 'olha, tá bem, tá aqui a sua filha, vai nascer... nananã nananã...', entendeu? Tipo... Ela confia, ela acredita, a gente consegue impulsionar ela por conta desse conhecimento, entendeu?

Alguns outros instrumentos simbólicos também são utilizados talvez como forma de garantir esse conhecimento técnico e científico às famílias, como no caso do uniforme, que podemos observar na imagem a seguir:



Figura 1: Parteiras da Equipe Manjedoura. Da esquerda para a direita: Honielly, Priscilla e Henielly. Fonte: Imagem retirada da página do Facebook Equipe Manjedoura – assistência ao parto natural, publicada em 12 de setembro de 2017.

Outro instrumento utilizado, de conteúdo mais técnico, é a ficha de acompanhamento do parto, com dados sobre a conduta realizada e a situação da puérpera e recém-nascido. As informações preenchidas pela própria equipe contemplam desde data e hora do nascimento, até as condições clínicas do recém-nascido: se houve alguma ocorrência (mecônio, clampeamento precoce do cordão ou bolsa rota), se houve a necessidade de reanimação ou administração de medicamentos, além de dados sobre o peso, tamanho e avaliação dos sinais vitais. É possível visualizar a ficha de acompanhamento nas figuras 2 e 3 a seguir:



Figura 2: Capa da ficha de acompanhamento ao parto.

Fonte: fotografia da autora, tirada em julho de 2017.

The image shows an open form for home birth accompaniment. The left page contains fields for: 'Nasci em casa no dia: ___/___/___ às ___:___ hs.', 'Nome: _____', 'Mãe: _____', 'Pai: _____', 'Apgar 1º min.: ___ 5º min.: ___ Idade Gestacional: _____', 'Descrição do parto: _____', 'OCORRÊNCIAS: Mecônio Clampeamento precoce do cordão Bolsa rota _____', 'MANOBRAS DE REANIMAÇÃO Aspiração de vias aéreas VPP Reanimação cardio-respiratória Apgar 10ºmin.: _____', 'Observações: _____', and 'PÓS PARTO IMEDIATO Contato pele-a-pele Clampeamento >3 minutos'. The right page contains fields for: 'Mamou: 1ª hora 2ª hora _____', 'Credê/Colório Sim Recusa pós informada', 'Vitamina K: Oral IM Recusa pós informada', 'Peso: ___ g AIG PIG GIG Estatura: ___ cm', 'PC: ___ cm PT: ___ cm PA: ___ cm', 'Ortolani: Negativo Positivo', 'Evacuu: durante ou logo após o parto ___º dia de vida', 'Alterações no exame físico: _____', 'SINAIS VITAIS', 'Horas de vida: ___:___ hs.', 'FC: ___ bpm FR: ___ mvpm T: ___°C', 'Vacinas: _____ Teste da orelhinha: _____', 'Teste do pezinho: _____ Teste do olhinho: _____', 'Observações: _____', and 'ATENDIDO POR: _____'. The form is decorated with floral patterns.

Figura 3: Ficha de acompanhamento ao parto.

Fonte: fotografia da autora, tirada em julho de 2017.

As consultas após o parto acontecem em 24 horas depois de nascido com reavaliação da mãe e do bebê, orientação aos cuidados com a laceração²² caso tenha ocorrido, orientam a amamentação e ensinam o pai a dar o primeiro banho no bebê. No terceiro dia após o parto, voltam à casa da família devido à apojadura²³ do leite e orientam novamente a amamentação e reavaliam o bebê. A última consulta ocorre no 10º dia, o bebê já deve ter passado por uma consulta ao pediatra como especificado em contrato e, então, reavaliam e encerram o atendimento caso esteja tudo conforme o esperado.

Segundo as entrevistadas – todas ressaltam esse ponto –, em razão da maioria dos médicos obstetras não apoiarem o parto domiciliar, também a maioria das gestantes não os avisam de seus planos sobre o parto. Elas acreditam que correm o risco do/a médico/a recusar prosseguir com o pré-natal. Então, quando entram em trabalho de parto, o/a médico/a que as acompanhou não é avisado/a. Sendo assim, caso precisem de uma transferência para o hospital acabam sendo atendidas por quem estiver no plantão, como fica explícito no trecho a seguir da entrevista de Priscilla:

[...] uma gestação que já teve um parto que o médico descobriu que foi domiciliar e daí tá grávida de novo e esse médico: 'ah, você vai fazer domiciliar de novo, né?', e daí ele meio que aceita... Ele não concorda, né?, mas tolera... Daí nesses casos a gente avisaria, avisa, né? Mas não é uma regra porque, né? Não tem backup, não tem porque avisar.

Nas palavras de Priscilla, as enfermeiras não têm, neste caso, um compromisso ético, ou seja, uma conduta comumente indicada na profissão de enfermeira obstetra, de avisar o médico da gestante que o parto esteja ocorrendo, a não ser que ele já esteja ciente e de acordo com a decisão, o que é difícil ocorrer, segundo a parteira.

2.2 Parteiras no ciberespaço

O meio virtual é o principal espaço de divulgação do trabalho da Equipe Manjedoura, é através de redes sociais – *Whatsapp* e *Facebook* – que muitas gestantes fazem o primeiro contato com as parteiras.

²² Laceração perineal é a ruptura da pele ou mucosa durante a fase expulsiva do parto. O movimento da humanização do parto discute algumas práticas da assistência obstétrica que facilitam a não laceração, como: a posição de cócoras ao parir e o parto na água.

²³ Apojadura é a transição do colostro ao leite materno, também conhecida como a “descida do leite”.

Atualmente vivemos em uma sociedade “íntima”, uma sociedade que reivindica privacidade e individualidade (SCHITTINE, 2004). Esta perspectiva societária que deu seus primeiros passos no século XIX, com o crescimento das grandes cidades, a maior convivência com estranhos, acabou constituindo a família como principal meio de refúgio. O homem social aprendeu que as conversas sobre sua própria personalidade num primeiro contato não eram convenientes e a espontaneidade dos sentimentos restrita à convivência privada.

No entanto, Schittine (2004) chama a atenção para o fato de que mesmo com o investimento na relação familiar, o papel desse núcleo parental também mudou, sobretudo nas casas burguesas no início do século XX. As casas eram, e são até hoje, divididas em vários aposentos – espaços reservados aos empregados, aos visitantes, aposentos para cada membro da família –, embora a autora destaque algumas mudanças atualmente, como a tendência observada em vários apartamentos transformados em grandes *lofts*, com cômodos interligados e uma sala de estar em desuso.

A organização da casa burguesa no início do século XX manifestava o desejo em se estabelecer uma vida individual, mesmo que dentro da vida familiar. Era o espaço privado se confundindo com o doméstico e Schittine (2004) observa um novo tipo de vigilância, não mais social, mas familiar. O que a autora ressalta é que toda essa proteção da vida privada e individual era característica de uma classe burguesa. Já nas classes populares por motivos financeiros os espaços eram, e ainda são, forçosamente compartilhados e poucos são os objetos pessoais que demarcam uma individualidade. Sendo a intimidade, portanto, uma criação burguesa afirmada com a ascensão de classe. E é essa ascensão que vai delimitar não só a divisão entre o espaço público e o privado, mas também o estabelecimento de outra esfera, a esfera íntima.

Segundo Schittine (2004, p.4), “a própria família funcionava como um refúgio do contato com o público. Até que o indivíduo se sobressaísse e descobrisse a sua importância como ser único”. O individualismo encontrou destaque com a ascensão do amor romântico expresso no romance burguês do século XIX, se delineando em uma figura individual moderna separada da sociedade e da família. Outro fator influenciador do crescimento do individualismo foi o aumento do conforto material com bastante ligação com o estilo de vida burguês, que tornou “possível aos membros da família se recolherem a seus quartos e se tornarem inacessíveis uns aos outros” (SCHITTINE, 2004, p.55).

A chegada dos aparelhos eletrônicos reforçou o isolamento físico. Se antes a televisão e o rádio reuniam a família na sala como uma forma de sociabilização, mesmo que substituindo as conversas durante e após o jantar, logo permitiu que cada indivíduo se isolasse com seu próprio aparelho para ouvir e/ou ver os programas que o interessavam. Para a autora, o computador aparece finalmente como marcador desse espaço íntimo e a individualidade é evidenciada pelos possessivos “meu computador”, “meus documentos”, “minhas imagens” etc.

Contudo, inicia-se um movimento inverso no final do século XX. O tempo do trabalho passa a invadir o tempo pessoal, diminuindo o tempo privado e possibilitando a criação de algumas válvulas de escape. A hipótese de Schittine (2004, p.7) para a recuperação do tempo privado roubado pelo trabalho é de que as pessoas acharam “uma maneira de desdobrar seu tempo. Ou seja, de estar em dois lugares ao mesmo tempo: um ambiente onde trabalham e têm suas obrigações diárias com os amigos e a família, e um outro em que cuidam de seus próprios interesses”. Isso só é possível virtualmente, e o computador pessoal é o maior aliado nesse sentido.

Mesmo que o computador permita um isolamento do indivíduo da vida pública, ele abre possibilidades de relações conciliando o público e o privado, sem que se confunda um com o outro. A virtualidade permite que o indivíduo se coloque diante dos outros, se posicionando e se libertando da autocensura. Para Schittine (2004, p.60), “É essa ‘interação social anônima’ que encoraja o usuário da internet a incrementar um espaço privado virtual da maneira como sempre sonhou”. Segundo a autora, um “fenômeno típico dessa interação social”, é a criação dos blogs, espécie de diário íntimo na internet, cuja principal diferença em relação ao manuscrito é que o virtual cria ligações, constitui pequenas comunidades e redes a partir de afinidades pessoais. A linha que divide o público e o privado, portanto, se enfraquece. (SCHITTINE, 2004)

De acordo com Pulhez (2015), os blogs nasceram em 1997 com a necessidade de se falar sobre a vida pessoal no ambiente da internet e publicar eventos pessoais. Para tanto, ferramentas de criação e edição de textos foram criadas de forma que qualquer pessoa tivesse

acesso independente de seu conhecimento técnico de linguagem de programação.²⁴ O blog, portanto, é uma das formas de comunicação realizada através do computador, cuja característica principal é a interação entre o autor e os leitores criando um espaço de conversação. Segundo Pulhez (2015), em sua pesquisa sobre os blogs relacionados à maternidade, estes funcionam como uma espécie de roda de conversa, onde é possível compartilhar uma visão de mundo, colocar dilemas, angústias e experiências positivas, como se fosse uma comunidade de autoajuda.

E foi exatamente através do meio virtual – sites, blogs e mais recentemente grupos fechados, páginas em redes sociais e *whatsapp* – que o *Movimento da Humanização do Parto* se expandiu por todo o país. Como tratado anteriormente, a discussão sobre a humanização surgiu na década de 1990 no Brasil através do ReHuNa, num mesmo momento histórico de fortalecimento da rede mundial de computadores no Brasil. Sena e Tesser (2016) apontam o meio virtual como um grande impulsionador da discussão a respeito da violência institucional no parto. Listas eletrônicas sobre o assunto surgiram, basicamente formadas por mulheres usuárias do sistema de saúde pertencentes à classe média, representando um enorme potencial de movimentação política na direção de mudanças. As autoras ressaltam que:

No que concerne à discussão sobre a violência institucional na assistência ao parto, essa possibilidade de troca que as novas tecnologias de comunicação favoreceram e impulsionaram, mostraram, na prática, a possibilidade de fortalecimento das lutas por meio do ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configuraria como um espaço de continuidade da reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso, de enfrentamento à violência obstétrica. (SENA; TESSER, 2016, p.210).

Manifestações e ações coletivas foram organizadas através de redes sociais mediadas pela internet, o que incentivou a inserção dos temas “violência obstétrica” e “humanização do parto” na agenda nacional de saúde a partir dos anos 1990. No entanto, mesmo que presente em produções científicas, a temática ainda era desconhecida da população e mídia em geral. Sena e Tesser (2016) explicam o desconhecimento da população como resposta ao fato da legitimação do conhecimento médico hegemônico em que práticas violentas continuam presentes na assistência obstétrica.

²⁴ Esse processo é conhecido hoje como Web 2.0, termo criado pelo fundador da O’Reilly Media, Tim O’Reilly, com o objetivo de desenvolver aplicativos que se tornem melhores quanto mais as pessoas usarem. (PULHEZ, 2015)

O uso da internet como mediador das relações existentes tem sido recentemente objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, analisando-o com um fim em si mesmo, como fonte de informações ou meio de acesso a dados. Mas, principalmente, por ela se destacar entre as demais mídias com inúmeras possibilidades que permite o usuário não ser apenas receptor, mas também interagir e produzir informação. Para Sena e Tesser (2016), as discussões da área da saúde realizadas no ciberespaço são uma das poucas que a maioria dos usuários é do sexo feminino. Dessa forma os autores afirmam que são as mulheres que, de maneira geral, destacam a internet como uma importante ferramenta de comunicação e empoderamento feminino, nesse tema. Assim, segundo as autoras: “as redes de conectividade têm contribuído para o fortalecimento e a promoção de ações políticas femininas no sentido de exigirem mudanças legislativas que promovam a erradicação da violência”. (SENA; TESSER, 2016, p. 216). Ao fortalecer as redes, consolida-se a participação política das mulheres exigindo mudanças fundamentais na assistência ao parto no Brasil.

A Equipe Manjedoura utiliza algumas dessas redes de conectividade como principais ferramentas de divulgação do seu trabalho, assim como para informação e discussão acerca do tema parto e “violência obstétrica”. As ferramentas virtuais mais utilizadas pela equipe são: a rede social *Facebook*, através de uma página pública; e o aplicativo *Whatsapp* – em grupos de gestantes e mães que buscam o parto natural “humanizado”.

A etnografia de um espaço virtual permite que o pesquisador esteja em contato com seu estudo a qualquer momento acompanhando ou retomando fatos já acontecidos, a partir de equipamentos devidamente conectados. O que Rifiotis (2016) aponta é que “as questões sobre a etnografia no campo da cibercultura estão intimamente ligadas ao modo como a antropologia entrou no ciberespaço, pelo menos como a vivenciamos no Brasil: uma oscilação entre desconfiança e revelação.” (RIFIOTIS, 2016, p. 86). Com isso nos mostra que inicialmente havia uma desconfiança sobre as possibilidades da pesquisa antropológica no ciberespaço, especialmente sobre a etnografia. A desconfiança seria sobre a especificidade e validade da observação de campo *on-line*. O que o autor chama a atenção também é pela tendência em naturalizar as categorias do campo como se elas pudessem ser imediatamente categorias analíticas. Mas, por outro lado, Rifiotis (2016, p. 86) observa que à medida que se aumentava “as experiências dos próprios pesquisadores com o ciberespaço, incluindo no seu

dia a dia *e-mails*, *blogs* e redes sociais, a sua identificação particular com esse campo atuou positivamente na produção de objetividade e validação de suas próprias pesquisas”.

Foi justamente através das redes sociais que tive meu primeiro contato com as “parteiras urbanas”, antes mesmo de se pensar em tal pesquisa. Em sua página pública na rede social *Facebook* a equipe Manjedoura divulga relatos de partos, escritos por elas ou pelas gestantes as quais atenderam:

Relatinho de parto

Ai gente, vida de enfermeira obstetra é de tanta benção, de tanto privilégio, de tanta ansiedade também! (ainda bem que Papai do Céu é um excelente terapeuta! Rsrprs) Gestação a termo é aquela que vai de 37 semanas até 41 semanas completas. Cerca de 15% das mulheres vão parir depois desse período. A Reh foi uma dessas que teve que lidar com 41semanas e 6 dias de ansiedade. Esmoreceu claro, mas se fortaleceu, se reempoderou e foi! Acredito que os últimos 15 dias tenham durado cerca de 3 meses...rs, afinal foram pródromos... vários ensaios de trabalho de parto, mas daqueles caprichados... fase latente loonga (cerca de 24h), daquelas que cansa mesmo a gestante e deixa a família na pira. A gente aqui, só com o celular a postos, dormindo de ténis.

Dia 30/maio ali pelas 2:30h da manha, dia em que iria fazer indução mecânica, Reh lembra a gente dizendo que o óleo de ricino fez o “bicho pegar” rsrs. Contrações que ensaiavam o início do trabalho de parto, hora de comer, ir pro chuveiro, tentar dormir ou cronometrar as contrações. Amanhece o dia e a doula chega lá pra apoiar (amo essas doulas), vai-se a manha, inicia-se a tarde, vem um pouquinho de tampão com sangue pra fazer a alegria da galera, mas fica por isso mesmo. Doula vai embora. Passa a tarde, entra a noite, madrugada adentro e, de repente, celular vibra com uma foto de um tampão lindo, vermelho, vermelho (essas melecas que arrancam sorrisos das parteiras, inclusive as 2h da manha!!)

As 2:40 mais ou menos, as contrações ficam com cara de fase ativa de trabalho de parto. Bora todo mundo pra lá agora! Melhor coisa da vida é chegar na casa da gestante em trabalho de parto e ver o sorriso indescritível no rosto delas como quem diz: “É hoje que eu vou conhecer o rostinho da minha filha!”. Fase ativa foi como tinha que ser, revezando descansos, refeições, dancinhas (despacito que o diga!) e manobras. Ah essas manobras judiam, mas são tão eficazes! Cecília tava defletida (cabecinha não tava abaixada com o queixo encostando no peito) e ainda precisava rodar, bolsa íntegra. A cada evolução da Cecí na pélvis da Reh nos mostrava quão forte e perseverante essas meninas são. Quando o limite da exaustão física estava às vistas, Deus dava um jeitinho de fortalecer, de sustentar. É inenarrável o potencial e a capacidade que a mulher e sua cria demonstram no trabalho de parto.

Com 9cm as 15h chegou a vez da última manobrinha necessária. Pronto! Agora só esperar a Cecília sair, depois de alguns minutos Reh já entrou no expulsivo, as pernas tremulas pelo cansaço acharam conforto na banqueta de parto, e foi ali mesmo que a Reh ficou, vocalizou, sorria, esperava, confiava no corpo e em sua filha, Ali ela mostrou pra gente o porque ensaiara tanto. Estávamos ali contemplando o mais lindo concerto que uma mulher pode apresentar e assim estreou a Cecília que chegou as 16:28h, com uma circular de cordão (só pra constar aqui e derrubar, mais uma vez, esse mito básico!), foi direto pro colo da mãe, recebeu carinho do pai e da tia, mamou até quase adormecer... foi quando descobrimos que media 48cm e pesava 3.485g de pura delicadeza angelical! Nasceu no limite: ultimo dia do mês, ultimo dia proposto por causa da idade gestacional (termo tardio), no limite das forças que a Reh achava que tinha, mas logo percebeu-se que o limite tinha sido colocado muito aquém de sua capacidade.

*Mulher de fibra, de força, de garra, de luta, de poder, de música, de dança, de sorrisos e gemidos, de entrega comedida mas determinada!
O que nos resta; A admiração do amor que existia ali. O Amor penetrou cada cantinho e esquina daquela casa, dava para perceber com só atravessar a porta. Uma presença tão palpável que podia estender a mão e tocá-la. Bem vinda Cecília!
(Relato de parto escrito pela Equipe Manjedoura disponível na página da equipe na rede social Facebook do dia 07 de junho de 2017)*

Como marca de sua página, a Equipe Manjedoura apresenta a imagem que utiliza como cartão de visita, na qual se encontra a logomarca, nomes das enfermeiras, atividades realizadas e contatos.



Figura 4: Cartão de visita e Foto de perfil da página social.

Fonte: Página social na rede Facebook, publicada em 12 de setembro de 2017.²⁵

Perguntada sobre o desenho da logomarca, Honielly esclarece que quiseram demonstrar que o parto é um **evento da família, do casal**, situação que fica clara na fala das três durante a conversa individual. Dessa forma, um dos objetivos da imagem para Honielly é mostrar a importância do homem, pai, no nascimento do bebê, assim como foi o papel de José ao ajudar Maria no nascimento de Jesus na manjedoura, como ela indicou em sua fala:

O nosso desenho eu pedi pra uma pessoa desenhar lá em Maringá, que é amiga da Pri, e a gente [...] eu pedi pra ela fazer um desenho... Ela foi e fez de Cascavel, com desenhos mais de cidade e tal. E eu fui falando: 'não, não é isso. Eu quero um desenho de um casal'. [...] De um casal acolhendo esse bebê, né? E por que o casal? Porque normalmente a gente vê muitos desenhos só a mulher e o bebê e eu acho que... Claro, a mulher e o bebê que praticamente vão fazer isso, mas o homem

²⁵ O telefone pessoal das “parteiras urbanas” na imagem foi preservado nesta pesquisa por indicação das mesmas.

[...] na verdade no nosso trabalho a gente tenta mostrar a importância do homem também, que ele também está ali, ele fez o bebê junto com a mãe, ele tem o papel dele de ajudar educar, criar... E ele tem o papel de no dia do parto apoiar muito essa mulher, a gente sabe que quando a mulher recebe o apoio o trabalho de parto pra ela é muito mais suave de que quando ela não recebe, entende? Então a gente queria enfatizar que é o papel do casal que é importante nesse processo, não só da mulher, entende? E assim como foi na manjedoura, José que provavelmente ajudou Maria fazer, a ter o bebê dela, entende?

A religiosidade marcante na Equipe Manjedoura assemelha-se à prática de parteiras tradicionais. Embora Ferreira e Grossi (2012) observem uma grande diversidade de influências no ofício das parteiras – como as originárias da cultura indígenas ou africanas, além da tradição passada de mãe pra filha –, o nascimento é considerado um ato divino em diversas culturas e desde muito tempo, acompanhado por mulheres que invocavam benção aos recém-nascidos.

Sobre o círculo de flores ao redor do casal da logomarca, Honielly comenta que representa o carinho e o amor de sua assistência, assim como remete também ao ciclo da vida. A importância de dar uma assistência **para a família** é sempre ressaltada no discurso das “parteiras urbanas”. Quando questionada sobre o conceito de família, a qual afirma prestar assistência, Honielly diz:

Do nosso ponto de vista pessoal, pra mim família é aquele modelo criado por Deus, está entendendo? Mas isso é meu ponto de vista pessoal, né? [...] Se tiverem duas mulheres, a gente nunca teve uma situação assim, né? Ainda, né? Tipo, acho que isso é ainda muito incomum, então a gente nunca teve um casal de mulheres, né? No caso duas mulheres, né? Que uma tivesse gestante pra ter o parto com a gente. Mas com certeza se elas viessem até nós a gente estaria atendendo, né? [...] Mas seria atendida como família da mesma forma, né? Apesar do meu conceito pessoal de família, e isso é pessoal e não profissional. Pra mim família é aquela que foi estipulada por Deus, entendeu? É... Criacionista. Esse é meu modelo, mas essa é minha visão pessoal. [...] Mas com certeza eu não iria criar um logo com duas mulheres, entendeu? Tipo, com uma sendo o pai, mas que não caso seria uma mulher [...] A nossa logo é homem e mulher porque tipo... do ponto de vista genético, genético não, biológico, é isso que a gente sabe, que um homem e uma mulher é capaz de gerar um bebê e aí sim a mulher dar a luz. Então do ponto de vista biológico esse é o único jeito. Mas hoje a tecnologia já está chegando e tal, entendeu?

Segundo Ariès (1986), esse entendimento sobre o que é uma família, o qual o autor chama de “sentimento da família”, emerge juntamente com o entendimento sobre o que é infância, um entendimento desconhecido até a Idade Média.

O sentimento da família, que emerge assim nos séculos XVI – XVII, é inseparável do sentimento da infância. O interesse pela infância, que analisamos no início deste livro, não é senão uma forma, uma expressão particular desse sentimento mais geral, o sentimento da família. (ÀRIES, 1986, p. 210).

Os laços de sangue constituíam dois grupos distintos: a família, que pode ser comparada a nossa família conjugal moderna, e a linhagem que se referia à solidariedade a todos os descendentes de um mesmo ancestral. A família que não se estendia a toda linhagem, compreendia os membros que moravam juntos, às vezes vários casais que viviam numa mesma propriedade. Agrupavam-se em torno dos pais, os filhos que não possuíam bens, sobrinhos ou primos solteiros.

Ariès (1986) observa que o sacramento do casamento, que constitui a família segundo diferentes religiões, durante muito tempo apenas legitimava a união, sendo por muito tempo considerado apenas um contrato. A promoção religiosa da família cresceu paralelamente com os progressos do “sentimento da família”. Para a Equipe Manjedoura entendimento de família que possuem, o qual justifica a escolha do nome da equipe, logomarca e muitas das práticas como veremos no decorrer da pesquisa, está claramente demarcado por seu vínculo com uma dada religião.

Em sua experiência como parteira, Honielly observa que a presença do pai no momento do parto fortalece emocionalmente a mulher e contribui com o processo do trabalho de parto. Até o momento da entrevista, em julho de 2018, Honielly relatou ter acompanhado somente um parto em que o pai não quis participar do momento e outro em que o casal ainda não era casado, somente namorados. Sobre a não participação do pai, Honielly comenta:

Nesse parto que foi há quatro anos atrás que o pai não estava presente, a mulher surtou, queria analgesia e o bebê nascendo. Sabe? Ela não queria mais saber. [...] Daí eu chamei o doutor Rodrigo, falei: ‘Rodrigo, me ajuda? Se não como é que eu vou fazer?’. Aí o Rodrigo foi lá e disse: ‘Olha, teu bebê está aqui embaixo. Até pra fazer uma cesárea agora fica difícil...’ e tal... ‘Mas eu quero analgesia!’ [em tom mais alto imitando a voz da gestante]. Ela não pedia assim cesárea, ela só queria uma analgesia, mas o Rodrigo foi e me ajudou, sabe? [...] Eu falei assim: ‘Você quer que eu chame o teu marido?’. ‘Não, não quero!’ [imitando a fala da gestante]. Ela deu uma surtadona legal, sabe? Apesar de ela achar que não era pelo marido, mas o marido não tocava a mão nela a gestação inteira, dos dois filhos foi assim mas do primeiro foi cesárea [...] e daí do segundo foi bem difícil o final porque ele não estava junto.

Honielly lembra que já esteve em parto em que o marido ligou para o médico pedindo cesárea contra a vontade da mulher, portanto, a parteira considera que faz bastante diferença no momento do trabalho de parto a preparação do pai para o momento. A paternidade ativa tem sido cada vez mais debatida atualmente. A ideia de um filho sem pai, como observa Strathern (1995), não provoca um sentimento de indignação moral; pelo contrário, descobrir quem é o pai de alguém pode ser tratado até como uma aventura psicológica. Pais podem na

verdade abandonar seus filhos após o nascimento sem que sejam vistos como monstros desnaturados, embora a lei explicita a necessidade de um pai para o bem-estar da criança. O abandono paterno nega as implicações reprodutivas da relação sexual que os gerou tal como se enraizou na sociedade eurocidental sem que isto seja considerado patológico. Enquanto as mulheres que desejam ser mães estão fazendo o que se espera que elas façam (STRATHERN, 1995).

Cabe destacar também na imagem do cartão de visita da equipe a descrição da profissão das três mulheres que compõem a equipe: abaixo do nome delas indicam ser **Enfermeiras Obstetras / Parteiras Urbanas**. No canto inferior a direita da imagem descrevem o tipo de assistência que oferecem, atividades que são melhores descritas nas imagens a seguir:



Figura 5: Assistência realizada pela equipe durante o pré-natal e no momento do parto.
Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe manjedoura, publicada em setembro de 2017.

Consultoria em Amamentação

Consultas e auxílio em amamentação no domicílio e no hospital. Facilitadoras do processo e auxílio nas complicações como mastite, ingurgitamento, fissuras.



Cuidados com Recém nascido no domicílio

Consulta de puericultura, orientações e auxílio para os primeiros cuidados com o bebê. Higiene, troca de fraldas, cuidados com o umbigo e outras tantas dúvidas que surgem.



Figura 6: Assistência da equipe no pós-parto com a amamentação e cuidados ao recém-nascido. Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe Manjedoura, publicada em setembro de 2017.

Pintura de barriga - Ultrassom Natural

Após realizar uma palpação pra verificar como o bebê está dentro da barriga, começam-se os contornos que darão criatividade pra família imaginar como serão os dedinhos, os pezinhos, o bumbum!



Figura 7: Descrição pela equipe da técnica de pintura corporal – “ultrassom natural”. Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe Manjedoura, publicada em setembro de 2017.

Por se tratar de uma ferramenta propagadora de informações e discussões acerca do parto, a equipe frequentemente publica notícias como mostradas nas figuras 8 e 9 a seguir:

5 indicações ABSOLUTAS para cesárea

1. Placenta prévia

Parcial ou total.



2. Apresentação cômica

Situação transversa, durante o trabalho de parto.



3. Prolapso de Cordão

Com dilatação incompleta.



4. Ruptura de vasa praevia



5. Descolamento Prematuro de placenta - fora do período expulsivo



NÃO É INDICAÇÃO PARA CESÁREA:

Cordão enrolado no pescoço, bacia muito estreita, baixa estatura materna, bebê grande demais, bebê pequeno demais, bolsa rota, gravidez prolongada, infecção urinária, "passou do tempo", bebê que não encaixa antes do trabalho de parto... entre muitas outras.

INFORME-SE!

Informações retiradas do Blog: estudamelania.blogspot.com.br - Indicações Reais e Fictícias de cesariana



www.horapara.org

HORA P



Figura 8: Indicações para uma cesariana.
 Fonte: Página social na rede Facebook - da Equipe Manjedoura, publicada em 19 de novembro de 2017.



Figura 9: Representa também alguns dos trabalhos que a equipe realiza nas consultas pré-parto de fazer com que a mulher não veja o parto com medo.

Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe Manjedoura, publicada em 26 de outubro de 2017.

Com aproximadamente 2000 curtidas e seguidores na página, a equipe também publica, através da rede, suas impressões e emoções perante o trabalho que realizam, como é possível visualizar na figura 10:

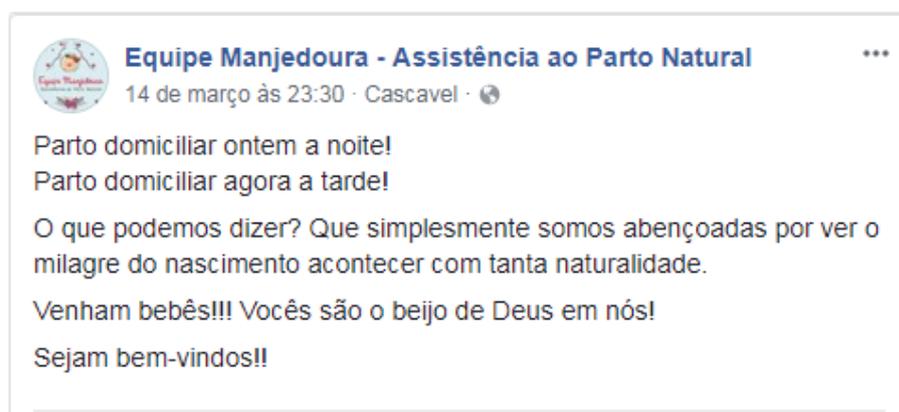


Figura 10: Impressão pessoal da equipe sobre o nascimento.

Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe Manjedoura, publicada em 14 de março de 2017.

Segundo a Equipe Manjedoura, Priscilla é a principal mediadora da página no Facebook. A equipe a considera como a integrante com a melhor habilidade na escrita e relatos sobre os partos dos quais acompanham.

Ainda no espaço virtual, as parteiras participam de grupos na rede *Whatsapp* relacionados ao parto e maternidade, como os grupos Gesta Cascavel, Gesta Toledo²⁶ e Maternar Cascavel²⁷. Acompanhei estes grupos na condição de gestante e posteriormente como mãe, para enfim participar como pesquisadora observando a interação das “parteiras urbanas” através do meio virtual. As parteiras também são sempre convidadas a palestrar nos encontros quinzenais dos grupos Gesta Cascavel e Toledo com as temáticas: Parto Domiciliar e Cuidados com o Recém-Nascido.

São constantes os pedidos de ajuda e dúvidas que mulheres encaminham às parteiras na rede virtual, aos quais elas sempre respondem e auxiliam. Um exemplo são as dúvidas que quanto a indicação de obstetra e hospital em que podem confiar para a realização de um parto normal, como mostra a figura 11:

²⁶ Gesta Cascavel e Gesta Toledo são grupos de apoio ao parto organizados por doulas, sem fins lucrativos, com reuniões quinzenais e gratuitas. As próprias organizadoras palestram voluntariamente sobre vários temas relacionados ao parto, como: o que é violência obstétrica, o que é um parto humanizado, importância do pai no momento do parto, primeiros cuidados com o recém-nascido, entre outros. As palestras têm por objetivo orientar, apoiar e levar conhecimento à gestantes que desejam um parto normal. Em Cascavel as reuniões acontecem na igreja matriz localizada na região central da cidade, quinzenalmente as quintas-feiras 19:30h. Além do grupo físico, tanto Gesta Cascavel e Gesta Toledo possuem um grupo virtual na rede *Whatsapp*.

²⁷ Maternar Cascavel é um grupo físico e virtual desencadeado do Gesta Cascavel. Maternar reúne mães que tiveram seus filhos por parto normal ou cesárea, mas que buscam os mesmos princípios do grupo de origem – aleitamento materno prolongado, alimentação livre de açúcares à bebês de até 2 anos, criação com apego e disciplina positiva. Por criação com apego e disciplina positiva entende-se uma educação não violenta, sem uso de castigos, punições e correções físicas. É organizado por doulas e mães voluntárias, com reuniões mensais que ocorrem em diferentes locais por ainda não possuem um espaço físico para encontros.

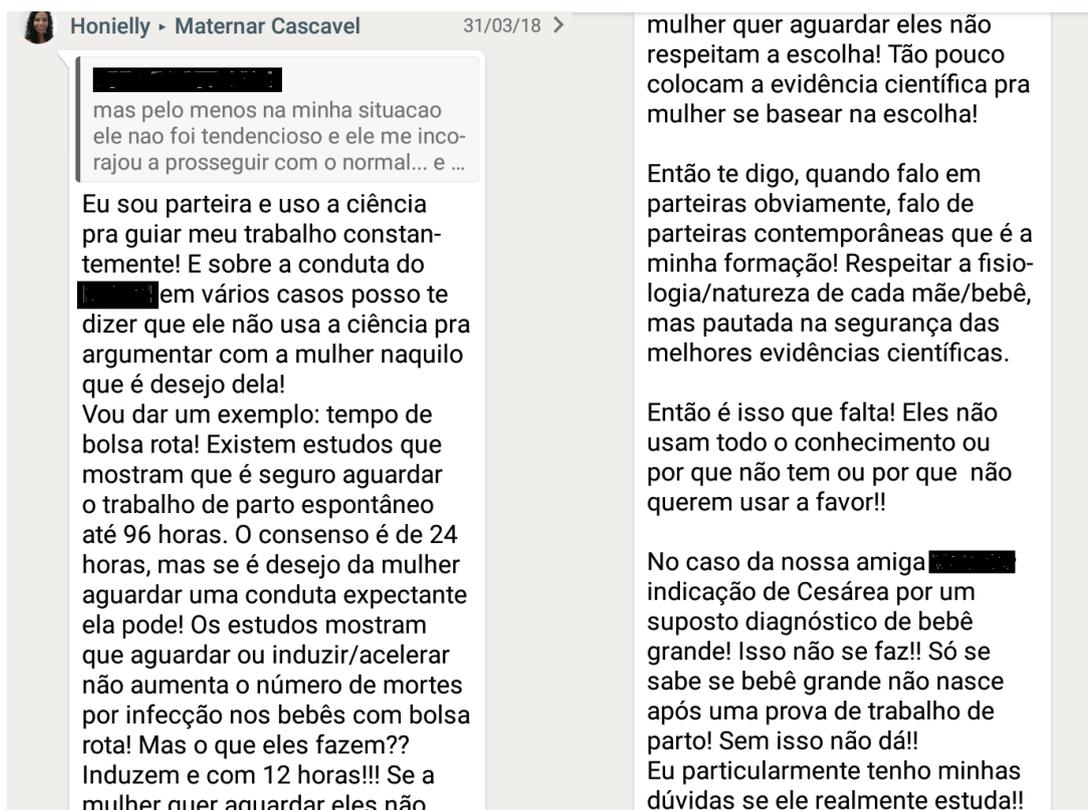


Figura 11: Fala de Honielly referente a conduta de um dos obstetras que acompanham parto normal na rede privada. Telefones e nomes foram ocultados da imagem devido a não autorização da divulgação.

Fonte: Grupo do *Whatsapp* – Maternar Cascavel, em 31 de março de 2018.

As gestantes também consultam as “parteiras urbanas” sobre dúvidas mais específicas da condição de grávida, como contrações, sangramentos, dores, trabalho de parto etc. As parteiras costumam dar dicas de remédios naturais, chás para gripe e outras enfermidades, às gestantes. Assim como dicas para mulheres que recém pariram como Henielly descreve nesta conversa no grupo Gesta Toledo:

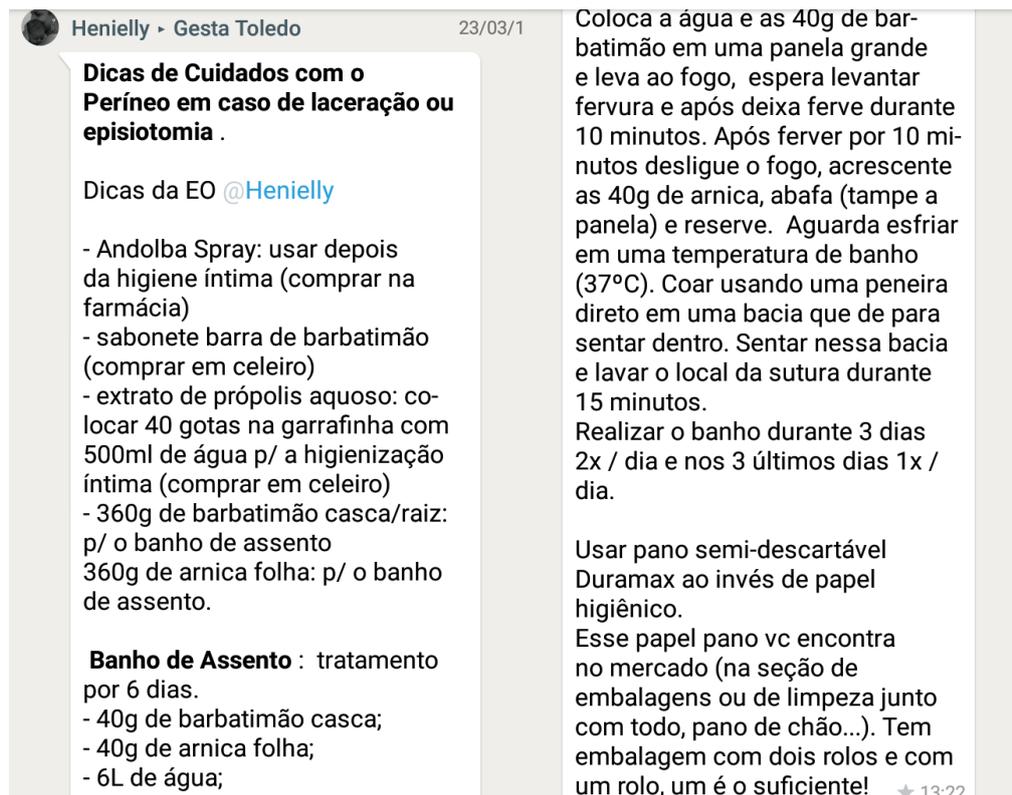


Figura 12: Dicas de cuidados com o períneo em caso de laceração ou episiotomia no parto.
Fonte: Grupo do *Whatsapp* – Gesta Toledo, em 23 de março de 2018.

Outra forma de interação é quando as parteiras anunciam ao grupo que alguma mulher participante dele pariu. Fazem um pequeno relato de como foi e as outras integrantes demonstram-se ansiosas a espera do relato da própria parturiente.

São estas interações que demonstram o relacionamento e vínculo entre parteiras da Equipe Manjedoura e as mulheres mesmo após o parto. Uma interação imediata e informal, a qual muitas relatam não ser possível com o/a médico/a obstetra. Para Martins (2004), os cuidados prestados à mãe durante e após o parto não chamaram a atenção dos médicos, a não ser quando o parto se complicava. O seu vínculo com a mulher encerrava-se logo após o parto. Segundo a autora historicamente esses cuidados e vínculos após o parto são reconhecidamente como atribuições femininas.

Tanto a interação virtual quanto a pessoal entre parteiras e famílias demonstram uma grande proximidade e vínculo afetivo construído entre os envolvidos. No capítulo seguinte, vamos tratar sobre as relações pessoais decorrentes dos atendimentos pré-parto, parto e pós-parto das gestantes acompanhadas pela equipe.

3 HISTÓRIAS DE PARTOS

Em um período de seis meses pude acompanhar a história de três mulheres em busca de vivenciar a experiência de um “parto humanizado”. No entanto, o caminho pra chegar até elas foi bem mais longo.

Uma das mulheres já havia autorizado minha presença desde o dia em que descobriu a gravidez. Talvez por ser doula, e estar inserida neste meio, tenha se sentido confortável e interessada em apoiar meus objetivos da pesquisa. Mas foram várias aproximações e tentativas de que outras mulheres e suas famílias me acolhessem e abrissem as portas para que eu fizesse parte desse momento.

Todos os meses as enfermeiras da Equipe Manjedoura, que aceitaram e apoiaram minha pesquisa desde o primeiro contato, permitindo que eu acompanhasse o trabalho delas em consultas e partos, me passavam os nomes e contatos de mulheres que estavam próximas da data do parto. O primeiro contato com as mulheres sempre foi feito por telefone, quando então eu explicava meus objetivos e solicitava um momento para uma conversa pessoal. Nos encontros pessoalmente conheci várias mulheres e seus desejos de terem um parto domiciliar com o acompanhamento da Equipe Manjedoura. Eu finalizava nossa conversa pessoal com o pedido se poderia acompanhar a Equipe no dia do seu parto.

Uma disse de imediato que não seria possível, já que não queria nem a presença da própria mãe, quanto menos de alguém que havia acabado de conhecer. Essa também não quis a presença de fotógrafa, serviço muito bem requisitado por quem opta por essa via de nascimento. Ela afirmou que gostaria de um ambiente totalmente íntimo e familiar.

Outras três mulheres se mostraram entusiasmadas em poder auxiliar na pesquisa e dar visibilidade para que outras mulheres também procurassem um “parto humanizado”, como relata uma das gestantes. Essas são mulheres que demonstraram ser ativistas da causa, sempre que possível dispostas a levar informações para outras mulheres, fosse através de redes sociais com relatos de partos ou publicações de caráter apenas informativo, ou mesmo através de conversas com gestantes que encontravam no dia-a-dia. No entanto, as três mulheres não quiseram dar uma resposta de imediato e quiseram consultar antes a opinião de seus maridos,

relatando-me que todas as decisões desde a gestação e o parto eram de comum acordo do casal. As três me retornaram após alguns dias para comunicarem que seus maridos não haviam concordado com a minha presença. Contatei ainda outras três mulheres via *Whatsapp*, mas que nem responderam minhas mensagens com o pedido de uma entrevista. Em todos estes casos, as enfermeiras da equipe Manjedoura reforçaram meu pedido, logo após eu ter entrado em contato com as grávidas.

Outra tentativa de aproximação com as gestantes foi participar quinzenalmente dos grupos de apoio às gestantes – Gesta Cascavel e Gesta Toledo –, para que estas mulheres me conhecessem e ganhassem confiança em considerar minha presença durante o parto com a Equipe. Mas também não foi o suficiente.

Então, em uma conversa com uma fotógrafa de parto da cidade – que também é uma das mulheres cujo parto acompanhei e do qual falarei ainda neste capítulo – pude perceber que a dificuldade em adentrar este espaço não era somente minha. A fotógrafa relatou que sente em seu trabalho que há muita desconfiança por parte dos maridos em deixar outra pessoa que não seja da família ou profissional do parto – como as “parteiras urbanas” e as doulas – entrar em suas casas e fotografar suas esposas nuas durante o parto. Há vários pedidos de que as imagens não sejam expostas e/ou divulgadas sem o consentimento. Foi então que ela me deu a ideia de realizar o curso de doula, pois sentiu que depois de ter feito o curso a confiança e a receptividade das famílias que acompanha melhoraram.

Inscrevi-me em um curso on-line de doula em setembro de 2017, o curso tem carga horária de 100 horas que podem ser realizadas no período de um ano. Eu ainda estava no início dele, mas no fim do mesmo mês já havia conseguido a autorização para acompanhar dois partos domiciliares. Considero aqui que não tenha sido apenas coincidência, porque nos próximos contatos que fiz quando me apresentei, e fui apresentada também pelas parteiras, não só como pesquisadora, mas como pesquisadora e doula (embora estivesse com o curso em andamento), a receptividade e abertura foram maiores. Como se essas mulheres sentissem que eu não estaria ali para vigiar, mas que estava ao lado delas como apoiadora. Uma destas, inclusive, me sugeriu uma troca: *“ah, então eu deixo você acompanhar a Equipe e você me doula, já que eu não terei doula mesmo (risos)... Vai ser bom ainda ganhar umas massagens (risos)”*. Em nenhuma destas famílias os maridos se mostraram contrários a minha participação.

Será a partir das histórias de partos de três mulheres – a da fotógrafa-doula e das duas mulheres que conheci depois de eu mesma me formar doula – que irei destacar as três etapas de atendimento da Equipe Manjedoura: o pré-parto, o parto e o pós-parto. Cada história teve um destaque maior em uma das fases do atendimento e é desta forma que busquei organizar este capítulo.

3.1 O pré-parto²⁸

Conheci Flávia, de 36 anos, gerente de vendas²⁹, casada com Leandro de 44 anos, Contador³⁰, em um encontro posterior à uma consulta em que a enfermeira Priscilla falou de mim e de minha pesquisa para ambos. Os dois se mostraram solícitos em me conhecer, afirmou Priscilla, assim autorizaram minha presença na próxima consulta pré-parto para que depois disso autorizassem ou não o acompanhamento do parto. Meu primeiro contato com Flávia e Leandro ocorreu então em uma consulta pré-parto, três semanas antes do parto ocorrer. Desta vez quem estava nesta função era Henielly, pois Priscilla e Honielly por serem adventistas não realizam consultas no horário marcado para esta ocorrer – às 19h de uma sexta-feira –, a não ser que seja um parto.

Combinei com Henielly de me encontrar em frente à moradia de Flávia e Leandro, um condomínio de casas em um bairro nobre da cidade. Estacionamos nossos carros dentro do condomínio e fomos recebidas pelo casal que já estava à nossa espera. Flávia já conhecia o trabalho da Equipe Manjedoura porque uma amiga havia parido há um ano com as parteiras em um parto domiciliar. Inclusive esta amiga e mais uma estariam presentes no dia do parto fazendo o papel de doulas.

Quando adentramos a casa, Henielly sentou-se no sofá ao lado de Flávia, enquanto eu e o marido ficamos cada um em uma poltrona. A casa era grande, muito confortável, com área e quintal. Nesta consulta Henielly quis saber sobre como estava a preparação para o parto, no

²⁸ As informações contidas nesse tópico foram colhidas através de entrevista aberta durante as consultas pré-partos ocorridas no mês de setembro de 2017 na presença das “parteiras urbanas” e do casal. A entrevista não foi gravada, só há registro do diário de campo.

²⁹ A profissão de Flávia é fictícia como forma de preservar o sigilo da família.

³⁰ A profissão de Leandro é fictícia como forma de preservar o sigilo da família.

sentido emocional. Ela orientou sobre os sinais que a gestante poderia ter quando entrasse em trabalho de parto, falou sobre sangramento, afirmando que temos uma cultura em que sangue simboliza perigo, algo sujo, que nos causa medo. Mas se acontecesse com Flávia não era para se preocupar, era para fotografar e enviar para alguma das parteiras. Henielly explicou sobre as tonalidades do sangue e o que cada um poderia significar. Explicou também sobre o rompimento da bolsa e início das contrações.

Henielly e o casal fizeram uma pausa na conversa sobre a gestação e o parto para tomar um café. Fui convidada a me sentar à mesa e partilhar do café com pão aproximadamente umas 21h da noite. Durante o intervalo, Henielly fez várias perguntas sobre a vida e rotina do casal, o que ocasionou uma conversa em que várias informações sobre a vida delas e seu desejo por filhos surgiu. A parteira era extrovertida e arrancava muitas risadas do casal, que parecia já estar bem à vontade com a presença dela e contavam até sobre fatos considerados íntimos em nossa sociedade, como nossas necessidades fisiológicas em urinar e defecar.

Foi assim que fiquei sabendo mais sobre a vida deles. Segundo o que Flávia me relatou no dia desta ida a sua casa, o casal já mantém um relacionamento de 13 anos e desde o início desejava ter um filho. Leandro já é pai de um adolescente, cujo nascimento não acompanhou por já estar separado da mãe do menino no período. Os dois enfrentaram por longos 10 anos várias tentativas de gravidez e perdas gestacionais. Flávia ainda contou que realizou algumas fertilizações *in vitro* sem sucesso, até que no ano de 2015 decidiram usar as economias para investir não mais em tratamentos, mas em uma motocicleta para que os dois pudessem viajar juntos e se conformar com a ideia de que não poderiam gerar um filho. Segundo Strathern (1995), as novas tecnologias reprodutivas foram em geral desenvolvidas como um meio de evitar prejuízos ao corpo, o que possibilitou a procriação sem parentalidade ou interação sexual entre as pessoas, porém não foi exatamente este o sentido dado por Flávia e Leandro, um casal que buscava “completar a família” gerando um filho com os recursos médicos e tecnológicos que lhe eram possíveis. Porém, em uma viagem no início de 2017, Flávia engravidou naturalmente levando não só o casal, mas toda a família a um sentimento de alegria e realização, como o casal recorrentemente salientou no dia em que os conheci.

Com uma gravidez não planejada, mas, por muito tempo desejada, o casal queria viver cada minuto da gestação juntos acompanhando cada etapa do desenvolvimento do filho,

narrou Flávia. A escolha pelo “parto humanizado” fazia parte dessa intensidade de emoções que Flávia e Leandro descobriram através de um casal de amigos que havia passado pela experiência de um “parto humanizado” domiciliar, como relatou-me Flávia.

Segundo Greer (1987), o período de nove meses é muito curto para que uma pessoa apreenda todo o espectro de ideias sobre a condução da gravidez e seu lugar no processo. O médico da família aparece então como o detentor da melhor condução de sua gravidez. A mulher precisa descobrir quais são as ideias fixas de seu médico, se são aceitáveis ou não para ela, o médico pode aceitar em discutir o assunto francamente ou tentar obter confiança totalmente da parturiente.

Quanto mais experiente é o médico, mais provável se torna que queira uma paciente dócil, especialmente se a mulher é muito inteligente para se deixar iludir por relatos supersimplificados do motivo pelo qual está sendo escolhido um determinado método. O médico também conta com a vantagem considerável de saber o que quer, enquanto a “paciente” ainda tenta descobrir o que deseja. Como um especialista e um profissional isento, o médico tomará decisões com que a mulher terá de arcar, não ele. O médico que aconselha uma mulher a aceitar um método que acarrete consequências adversas para ela ou a criança pode fazê-lo com impunidade. A mulher que confia nele só pode culpar a si mesma, pois não encontrará ninguém que partilhe a sua culpa. (GREER, 1987, p. 21).

Flávia passou por três médicos durante a gestação até encontrar uma médica que acolheu no desejo de um parto domiciliar. Relatou-me que o primeiro médico já lhe disse abertamente que só atendia cesárea, com o segundo médico não sentiu confiança que seu parto normal seria atendido. O terceiro médico, já conhecido na cidade como uns dos que possui maior número de atendimento de partos normais pelo plano de saúde, incentivou sua escolha pelo parto desde que fosse em um ambiente hospitalar. Certos de que o que queriam era um parto domiciliar, chegaram até à doutora Carolina³¹, médica nova na cidade que logo no início dos seus atendimentos, como afirma Flávia, procurou as parteiras da Equipe Manjedoura com o interesse de conhecer mais sobre o “parto humanizado”, tanto hospitalar quanto domiciliar. Inclusive manifestando o desejo de que a convidassem para acompanhar a Equipe durante um parto em casa.

De volta à consulta, Henielly, também já familiarizada com o ambiente, senta com os pés sobre o sofá e pergunta por que o casal escolheu realizar o parto na casa da amiga de Flávia, aquela que será a doula, e não em sua própria casa. Flávia explica que sua mãe é sua

³¹ Carolina é um pseudônimo usado para se referir à médica obstetra que acompanhou o pré-natal de Flávia.

vizinha e tem receio que ela apareça durante o parto, o que a deixaria nervosa, por ela não concordar com a opção de parto que o casal fez. Leandro disse que havia pensado que a escolha dela por outra casa seria por conta da banheira que a amiga tem e que poderia ser usada para um parto na água. E então ele conclui, que se não era por isso, ele não via motivo para que fosse lá, e não na casa do casal.

Henielly os faz refletir sobre a importância de se estar no próprio ambiente, que eles construíram juntos, perto do futuro quarto do bebê. Um local que ficará marcado pra sempre na vida deles como o local no qual o filho nasceu. Por isso, cada canto da casa lhes traria a lembrança daquele momento que seria “*o mais especial da vida da família*”, segundo Henielly. A parteira sugeriu então que eles conversassem francamente com a mãe de Flávia e repensassem sobre o local do nascimento do bebê, pois seria melhor que a gestante estivesse no seu próprio lar.

Durante a consulta ainda apareceram a irmã e o irmão de Flávia. Esse também era vizinho e tinha uma relação muito próxima com a gestante. A irmã morava em outra cidade, mas seria a madrinha do bebê e veio para auxiliar Flávia nos primeiros cuidados com o recém-nascido. As dúvidas foram sanadas, a gestante foi avaliada sobre seu estado de saúde e Henielly encerrou a consulta por volta de meia-noite e meia.

Eu retornei quase uma semana depois à casa de Flávia e Leandro acompanhada de Priscilla. Ela havia agendado uma pintura na barriga, o chamado “ultrassom-natural”. A casa estava cheia de pessoas: irmãos e cunhada de Flávia, a amiga que seria a doula (juntamente com seu marido e filha, uma bebê de um ano) e os pais de Flávia que apareceram para conhecer Priscilla. Novamente havia um café na mesa e cada um chegava, comia e conversava. Alguns se sentaram para observar a pintura enquanto outros foram embora da casa. Priscilla não quis jantar para não atrapalhar a pintura que não poderia levar muito tempo para evitar o desconforto da gestante em ficar apenas em uma posição.

Sentada no sofá da sala rodeada por amigos e familiares, Flávia iniciou aquele momento que aos meus olhos pareceu prazeroso pra ela. Priscilla de joelhos em sua frente começou os primeiros traços que teve liberdade de escolher desenhar como quisesse, como geralmente sempre tem. Apalpou a barriga da gestante e percebeu que o dorso do bebê estava à esquerda, então desenhcou o bebê desta forma. Para contorno, usou lápis de maquiagem para

olho e, para colorir, utilizou tinta de pintura facial. A todo o momento, pedia-me opinião sobre o desenho, se estava bom, se algo estava torto, sobre a cor a ser usada etc. Familiares ou amigos se aproximavam também, a todo momento para fazer algum comentário sobre a posição do bebê ou características dele: *“Ele está assim mesmo na barriga? Nessa posição?”*, *“Olha só! Terá o nariz do Leandro!”*. Flávia apenas sorria e respondia com brincadeira aos comentários.

Para desenhar a posição da placenta, Priscilla pediu o ultrassom realizado pelo médico, relatou que esta não consegue sentir pela apalpação. Assim, a partir do exame médico, pode observar que a placenta estava superior e a desenhou no topo da barriga. Ela também indagou se a gestante gostaria que ela desenhasse um coração nas voltas do cordão umbilical ou apenas os contornos de um cordão. A gestante optou pela primeira sugestão, o coração. A parteira perguntou também à Flávia se havia visto pelo ultrassom se o bebê teria cabelo, a gestante respondeu que não haviam conseguido ver e, então, Priscilla decidiu desenhar muitos cabelinhos espetados. Em algumas pinturas, ela faz alguns detalhes que remetam ao sexo do bebê (como flores, laços e coração no caso feminino, e detalhes em azul para o masculino), ou apenas escreve o nome do bebê.

Sempre que o bebê se mexia dentro da barriga, Priscilla parava a pintura e dava risada. Às vezes tecia alguns comentários sobre isso: *“acho que o Théo não gostou que fiz essa nariz aqui [risos]”* ou *“o Théo está muito faceiro agora”*. Os pais então conversavam com o bebê e se divertiam com os movimentos.

Após 2 horas e meia de pintura de “Ultrassom Natural”, Priscilla tirou uma foto junto com a gestante e seu trabalho artístico. Algumas fotos, em casos específicos – quando foi uma pintura diferente do que estava habituada a fazer ou teve algum fato em especial entre ela e a gestante –, Priscilla publica em sua rede social pessoal ou na página da Equipe Manjedoura. Se a gestante já tivesse filhos, Priscilla busca a participação das crianças na pintura, carimbando suas mãos ou dedos.

As fotos a seguir foram retiradas da página pessoal de Priscilla e estão públicas porque foram autorizadas pelas mulheres:



Figuras 13 e 14: Ultrassom natural de bebês com dorso à esquerda³² e posição cefálica³³.

Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe Manjedoura, 1º foto publicada em 13 de junho de 2017 e 2º foto em 8 de fevereiro de 2017.



Figuras 15 e 16: Gestação gemelar de bebês cefálicos e Bebê do sexo feminino cefálico.

Fonte: Página social na rede Facebook – Equipe Manjedoura, 1º foto publicada em 16 de novembro de 2016 e a 2º em 13 de junho de 2017.

³² Dorso à esquerda refere-se à região das costas do bebê posicionada ao lado esquerdo da mulher.

³³ O bebê cefálico é aquele na posição favorável ao parto natural, posicionado de cabeça para baixo.



Figura 17: Bebê do sexo feminino em posição pélvica³⁴
Fonte: Página social na rede Facebook, publicada em 13 de junho de 2017.

Os exames obstétricos no século XIX que combinavam conhecimentos anatômicos com exame físico da mulher demonstravam, segundo Martins (2004), o objetivo da obstetrícia em colocar em prática o conhecimento científico e institucionalizar o saber a respeito do corpo da mulher. Grande parte desses conhecimentos vinha das salas de autópsia, no entanto, a obstetrícia dependia da relação clínica com as mulheres através de um exame minucioso do corpo vivo.

Segundo Martins (2004), parteiras já faziam o exame para diagnosticar a gravidez e o parto respondendo a demanda de suas clientes. Enquanto que a dificuldade do exame por parte do médico decorria de pudores femininos e dos próprios médicos. Até mesmo um simples procedimento de tomar o pulso de uma paciente era cercado de interdições, a conduta médica baseada no “princípio ‘toque, mas não olhe’, que foi profundamente alterada ao longo do século XIX com a articulação entre o tato e o olhar.” (MARTINS, 2004, p. 89).

Foi um processo lento de aceitação dos exames obstétricos a partir do convencimento da necessidade de ver para prevenir e proporcionar segurança para a mulher e filho. Até a metade do século XIX a ideia de uma obstetrícia ocular não foi facilmente aceita pelos médicos, pois nas origens da obstetrícia encontra-se a associação com a ideia de arte, de ofício

³⁴ O bebê pélvico é aquele posicionado sentado. Nesta posição a conduta médica é de que o nascimento seja por cesariana, embora alguns obstetras acompanhem esse nascimento de parto normal desde que seja no ambiente hospitalar e não domiciliar.

manual. Para alguns médicos o ofício da obstetrícia dependia da habilidade das mãos, em apurar a criança.

A exploração manual como método para estabelecer o diagnóstico da gravidez e do parto foi divulgada amplamente nos manuais e tratados de obstetrícia desde o século XVIII. Este método aparentemente simples passou a ser chamado de palpação abdominal e no início do século XIX era ensinado nas faculdades de medicina e praticado amplamente pelos médicos entre suas clientes. (MARTINS, 2004, p. 90).

Os exames obstétricos, como a palpação abdominal, são procedimentos clínicos fundamentais para a transformação do corpo feminino em objeto do saber e alvo do poder (Foucault *apud* Martins, 2004). Martins (2004) apresenta uma imagem do exame de palpação abdominal que se assemelha ao toque da parteira Priscilla em sua ultrassom natural:



FONTE: DEPAUL, J. A.H. *Leçons de clinique obstétricale*. Paris: Adrien Delahaye, 1876.

Figura 18: Exame de palpação abdominal
Fonte: Martins, 2004, p.94.

Na imagem as mãos do médico percorrem a superfície do abdômen para certificar-se da posição do feto. O que a autora ressalta ser a demonstração de quem é o objeto e quem é o sujeito do conhecimento. Na palpação abdominal realizada por Priscilla em Flávia, observa-se não só o conhecimento clínico decorrente da especialização em enfermagem obstétrica, utilizado como procedimento de avaliação, mas também com o sentido de estreitar os laços

com a gestante antes do momento do parto. Priscilla aprendeu a técnica de “ultrassom natural” em um dos vários cursos de parteria que já participou.

3.2 O parto³⁵

Gisele, jornalista³⁶, 31 anos, casada há três anos com Ricardo, advogado³⁷ de também 31 anos. Ela aceitou minha presença em seu parto antes mesmo de me conhecer, apenas pelo pedido da parteira Priscilla que me apresentou e contou sobre meus objetivos com a pesquisa. Na consulta pré-parto do dia 21 de setembro de 2017, que acompanhei com Honielly, Gisele contou sobre o primeiro parto – um parto humanizado hospitalar com o acompanhamento de Honielly dois anos antes –, que havia sido demorado, porém tranquilo. Ele ocorreu somente com a presença somente do marido e da parteira, sem doula ou fotógrafa.

A consulta que acompanhei ocorreu em uma quinta-feira a tarde com a presença do marido Ricardo, mas que não participou integralmente do momento. Ele saía em alguns momentos, depois voltava, nos ofereceu água e compartilhou de fatos sobre a gestação da esposa.

Na consulta, Honielly perguntou a Gisele sobre quem cuidaria de seu filho mais velho durante o trabalho de parto. Disse então que se o casal fizesse questão da presença da criança, que eu poderia auxiliar em alguns momentos com ela. Complementou dizendo que eu também era doula e poderia auxiliar nisso também, já que Gisele não teria doula novamente, porque não sentiu a necessidade de um acompanhamento dessa forma. Em tom de brincadeira a gestante sugeriu então uma troca, me deixar acompanhar o parto por umas massagens de doula. Como Gisele já havia passado por uma experiência de parto a consulta não foi muito longa. Eles conversaram mais a respeito da organização e da regulamentação para um parto domiciliar, já que o anterior havia sido em hospital.

³⁵ As informações presentes neste tópico foram colhidas em entrevistas abertas durante as consultas pré-parto e parto de Gisele, que ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2017 na presença das “parteias urbanas” e esposo. A entrevista não foi gravada, só há registro no diário de campo.

³⁶ A profissão de Gisele é fictícia como forma de preservar o sigilo da família.

³⁷ A profissão de Ricardo é fictícia como forma de preservar o sigilo da família.

Honielly olhou os exames recentes da gestante, perguntou sobre a dieta de exclusão de açúcar e acompanhamento glicêmico, já que Gisele é uma mulher pré-diabética. Finalizou a consulta lembrando quais são os sinais de trabalho de parto e sugeriu que a contatasse antes, pois o segundo parto costuma ser mais rápido. A parteira, antes de ir embora, pediu para conhecer a casa para a qual Gisele havia se mudado recentemente. Isso porque, quando Honielly a atendeu pela primeira vez, o casal morava em um apartamento e desta vez estavam morando em um grande sobrado nos fundos da casa da sogra dela, em um bairro um pouco afastado da região central. A gestante estava um pouco angustiada com a bagunça e sujeira da mudança e dizia que gostaria de organizar tudo antes do nascimento do segundo bebê. Os quartos já estavam em ordem, o bebê dormiria no quarto dos pais e o irmão mais velho ganhou uma cama nova. Honielly a tranquilizou, lembrando que uma gestação pode durar até aproximadamente 42 semanas e que, portanto, ainda poderia demorar para ocorrer o nascimento.

Essa interação que antecede o parto pode ser facilmente relacionada ao ofício das antigas parteiras. No que diz respeito à estas, Martins (2004) observa que as parteiras não só atuavam no momento do parto, mas organizavam o local, providenciavam os preparativos e os cuidados até mesmo após o parto.

Era noite do dia 07 de outubro de 2017, por volta das 21 horas, eu estava jantando com minha família em comemoração ao aniversário de minha mãe, quando Honielly me mandou mensagem dizendo para me preparar porque Gisele estava dando os primeiros sinais de que entraria em trabalho de parto ainda naquela noite. Em questão de 20 minutos, eu já estava no portão de casa, Honielly me liga dizendo que já era trabalho de parto, que eu poderia ir na frente dela que Priscilla também já estava a caminho com os equipamentos.

Cheguei à casa de Gisele e Ricardo, às 21:40h, no mesmo momento que Priscilla. Estava chovendo e muito escuro. Guardamos os carros na garagem da casa e ajudei Priscilla a tirar todos os equipamentos do seu carro e levar até o quarto da gestante. Eram muitos materiais: caixas de plástico com miudezas, tubo de oxigênio, suporte para soro, medicamentos, materiais de higienização, entre outros.

Quando chegamos, Gisele estava deitada tranquila no quarto, porém com dor pelas contrações, esperando suas parteiras. O filho mais velho estava com a sogra e Ricardo, organizando o que precisaria para finalmente o parto acontecer.

Priscilla examinou Gisele e sugeriu que fosse ao chuveiro tomar um banho quente sob a bola suíça para aliviar a dor das contrações. A bola suíça é uma bola utilizada comumente nos exercícios de pilates e tem aproximadamente a altura do joelho da gestante. A mulher senta nesta e faz movimentos com o quadril, seguindo orientações da doula ou enfermeira. Enquanto Gisele fazia isto, Priscilla começou a arrumar os materiais no quarto, deixando as caixas abertas e preparadas para o fácil manuseio, para caso precisasse utilizá-los com urgência. A parteira ainda me disse: “*Quer ver que, quando a Honi chegar, ela irá mudar tudo de lugar? [risos]*”. Questionei porque e ela só disse que a Honi sempre muda as coisas para o jeito dela.

No quarto havia além da cama do casal, uma estante com alguns objetos decorativos e o pequeno berço do bebê, popularmente conhecido como moisés. Priscilla organizou os materiais encostados na parede de frente a cama, não retirou todos de suas caixas, apenas as destampou para facilitar o manuseio.

As fotos a seguir mostram a organização dos materiais necessários para um parto domiciliar. Elas não se referem ao parto relatado aqui, mas a outro que também pude acompanhar, porém indicam como ocorre a organização e quais são os materiais. Estes são sempre organizados no quarto no qual a gestante irá parir, as caixas ficam destampadas e alguns instrumentos preparados para o uso rápido. Há materiais de uso habitual no parto, como luvas, álcool, material para sutura, gazes e aparelho para ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Também há materiais para reanimação e primeiros socorros, como balão de oxigênio e medicamentos intravenosos.



Figuras 16 e 17: Organização dos materiais e equipamentos para parto domiciliar.
Fonte: Fotografias da autora, tiradas em novembro de 2017.



Figura 18: Manta térmica para o recém-nascido disposta sobre uma cômoda e um cobertor do próprio bebê.
Fonte: Fotografia da autora, tirada em novembro de 2017.

Segundo Martins (2004), desde o século XVII os médicos vinham tentando desqualificar o conjunto de conhecimentos populares das parteiras. Com exceção das parteiras profissionais dos séculos XVII e XVIII, as parteiras aldeãs eram descritas como ignorantes, descuidadas e responsáveis pelas mortes maternas e infantis. As análises feministas produzidas no fim do século XX invertem essa imagem negativa e defendem parteiras que proporcionam um parto seguro e menos prejudicial às parturientes e bebês no espaço doméstico. Análises, estas, que contribuíram para uma visão política dos conflitos envolvendo médicos e parteiras. Uma relação conflituosa que os coloca no campo das disputas profissionais e da constituição de novos saberes sobre o corpo feminino. Nessa disputa médicos-parteiros saíram em vantagem devido todo o arsenal cirúrgico desenvolvido por uma obstetrícia patológica. Este é o mesmo arsenal, instrumentos, que as parteiras da Manjedoura carregam, mas que afirmam utilizar somente se necessário e não como prática rotineira e intervencionista como é comum nos hospitais.

Enquanto Priscilla organizava os materiais, a fotógrafa, também amiga do casal, chegou e já foi tratando de fotografar o casal que estava junto durante o banho no chuveiro. O marido massageava as costas de Gisele que estava sentada sob a bola suíça enquanto a água quente caía em suas costas. Honielly chegou por volta das 22h, entrou, cumprimentou a todos os presentes e saiu para resolver um problema em seu carro. O pneu havia furado na entrada da casa de Gabriela. Como o carro faz parte da exigência para que ocorra um parto domiciliar, caso precise de transferência, a parteira foi pedir auxílio ao seu marido para que resolvesse a situação o quanto antes.

Nesse período, Gisele ficou o tempo todo no chuveiro com seu marido e demonstrava com gemidos que as contrações estavam mais fortes. Atendendo ao pedido de Priscilla, busquei alguns alimentos para a gestante, maçã e iogurte, e servi a ela no banheiro. Ela sentada na bola suíça embaixo do chuveiro e eu com uma colher lhe dava iogurte na boca ou pedaços de maçã. Em alguns momentos, o marido saiu e eu continuei as massagens que este fazia nela. A fotógrafa, em um canto do banheiro, registrava cada cena.

Honielly, ao resolver a situação do carro retornou ao quarto e, de fato, mudou os materiais organizados por Priscilla de lugar, conforme esta comentara. Ela perguntou sobre a avaliação que a prima Priscilla havia realizado na gestante e se inteirou do trabalho de parto. Um pouco antes da meia-noite, Honielly sugeriu à Gisele que saísse do chuveiro para que não relaxasse

demais e as contrações perdessem o ritmo. Como a gestante não queria deitar, porque nesta posição sentia mais dor e desconforto, Honielly orientou que ela sentasse no banco próprio para o parto que já estava no quarto ao lado da cama e, então, fosse avaliada através de toque vaginal. A parteira pediu licença para tocá-la, avisou sobre o desconforto que iria sentir e explicou que faria o procedimento durante toda uma contração. Nessa avaliação Honielly confirmou a dilatação total afirmando que faltava apenas a descida do bebê no canal vaginal, o que poderia levar ainda algumas horas. Ela, então, sugeriu que Gisele ficasse em outra posição, de quatro na cama, para auxiliar nessa descida do bebê. O marido se mantinha ao lado de Gisele aguardando para ajudar se necessário.

Assim que Gisele saiu do banco e se ajeitou na cama nesta posição, sentiu uma contração muito forte e gritou: “*Está nascendo!*”. Priscilla abaixou a cabeça para visualizar a situação, virou pra mim e para a fotógrafa e disse sorrindo, admirada: “*Está mesmo! Está nascendo!*”. Não haviam se passado nem dois minutos da avaliação de Honielly.

As parteiras se colocaram em posição para recepcionar o bebê, mais duas contrações e Honielly, que era a que estava na posição de pegar o bebê logo atrás da gestante, percebeu que algo não estava certo na posição que esse bebê estava saindo. Ela então começou a auxiliar, empurrando a vulva. Ocorreu mais uma contração e o bebê não conseguia se mexer e sair do lugar. Foi neste momento que todos perceberam que algo estava errado, pela fisionomia preocupada de Honielly. O seu rosto rapidamente ficou vermelho e suas mãos apressadas tentavam ajudar o bebê a sair. A fotógrafa interrompeu as imagens e no silêncio de pânico que se instaurou em todos, exceto Priscilla aparentou nervosismo. Esta se manteve ao lado da cama segurando a mão de Gisele e lembrando-a da importância de respirar profundamente. Só se ouvia os gritos de dor e preocupação de Gisele: “*O que está acontecendo? “Uma distocia³⁸”, respondeu Honielly.*

Honielly pediu-me para ver o horário no relógio, que ela mesma colocou em cima de uma prateleira do quarto. Ela solicitou à Priscilla que realizasse uma pressão suprapúbica³⁹ em Gisele e, também, orientou-me que alcançasse alguns equipamentos, dos quais não identifiquei pelo nome. Então levei para perto dela todos que estavam na direção, que ela

³⁸ Distocia são complicações que ocorrem durante o trabalho de parto.

³⁹ Também denominada como Manobra de Rubin I, é uma manobra com grande possibilidade de solução em uma distocia de ombro.

havia indicado. Nesse momento, ela iniciou uma manobra interna⁴⁰ para solucionar a distocia de ombro do bebê – quando os ombros do bebê ficam presos aos ossos da pelve da mãe - e eu, sem entender muito sobre o que acontecia, só consegui pensar que eu havia me preparado para assistir a nascimentos, e a morte jamais havia feito parte dos meus planos. Não por ingenuidade minha – porque são vários os relatos de partos complicados ou de desfechos trágicos, os quais viram notícias –, mas por saber que a porcentagem de distocias são tão pequenas que dificilmente aconteceria logo em um dos três partos que acompanharia.

O pai, que estava sentado na cama de frente para Gisele servindo de apoio às suas mãos – posição a qual não o permitia ver o que acontecia com o bebê e nem as manobras que as parteiras realizavam –, a todo momento conversava com Gisele, a encoraja, chamava pelo filho e pedia para que a esposa o chamasse também: *“Vem, Vicente! Vem pro papai! Chama ele, amor!”*.

Priscilla assumiu a manobra interna enquanto Honielly preparava equipamentos de reanimação neonatal e deixava tudo, que já estava bem próximo, mais ao alcance dela. Ela retornou à manobra e eu, ainda sem saber o que fazia para auxiliar, decidi acalmar Gisele. Dei a volta na cama, passei a mão em seu rosto e disse que estava tudo bem, que as parteiras estavam cuidando de tudo. Ela, então, em um olhar bem aflito apenas me respondeu: *“Cuida do meu filho, por favor!”*. Naquele momento não consegui interpretar muito bem suas palavras, só depois pude entender que ela não me queria ao lado dela, ela queria que todos estivessem com a atenção voltada ao bebê.

Honielly, mais uma vez, solicitou meu auxílio, me pedindo para ligar para a emergência. Quando do outro lado atendem a ligação, peço para Priscilla sobre o que eu digo e Honielly pede para eu desligar o telefone, pois acabara de resolver a distócia e o bebê finalmente nasceu apresentando alguns sinais vitais. Por isso, não foi necessário o protocolo de reanimação. O intervalo entre quando se detectou a distócia até o nascimento do bebê foi de apenas 4 minutos. O bebê chorando foi direto para o colo da mãe e iniciou-se a espera para a saída da placenta.

⁴⁰ Nesta manobra a enfermeira introduziu uma das mãos no interior da vagina para retirar o ombro posterior do feto.

Os pais estavam exaustos pelos momentos de tensão que haviam passado, misturado com o sentimento de encontro do bebê que esperavam para conhecer finalmente e o alívio por terem ele ali bem no colo. A fotógrafa retornou aos registros do momento.

A placenta estava demorando pra sair e as parteiras sugeriram que Gisele conversasse com seu corpo para que ele entendesse que já estava tudo bem, que o parto já havia acontecido e então a placenta poderia ser liberada de sua função. Mais alguns minutos passaram e o parto se deu por encerrado com a dequitação – ou queda – da placenta que foi guardada em um pote, pois o casal queria plantá-la em um vaso na entrada da casa.

O bebê demorou a parar de chorar, mesmo no colo da mãe. Mais uma vez, as parteiras sugeriram que Gisele conversasse com ele e explicasse que já estava tudo bem, que ele podia ficar calmo e tranquilo. Com o bebê já mamando em sua mãe, Honielly sentou em um banco para fazer as anotações sobre o parto e pediu para que todos fizessem com ela uma oração em agradecimento pelo bom desfecho. E começou: *“Papai do céu mais uma vez esteve presente aqui nos amparando e nos guiando”*. Honielly chorou ao relatar a todos dali o seu sentimento durante o ocorrido, pois fora a primeira distocia que ela havia presenciado durante todos seus anos como enfermeira. Ela também lembrou que o mesmo fato tinha acontecido recentemente em um hospital da cidade vizinha, resultando em uma grande tragédia. Comentei que Priscilla era a única que não parecia estar nervosa e ela respondeu que estava, mas que tinha certeza que daria tudo certo. Posteriormente Priscilla relatou-me que já havia presenciado outras distocias de ombro em sua trajetória.

Após o bebê mamar, Honielly iniciou algumas avaliações com o recém-nascido, como pesagem, medição, entre outras. E Priscilla auxiliou Gisele no banho, que ocorreu na cama mesmo pois esta sentiu tontura ao levantar da cama. Para isso, a enfermeira forrou a cama com mais lençóis absorventes e jogou água com uma vasilha. Depois ela secou a mulher e a vestiu com um pijama.

Fui ajudar Honielly a encontrar cobertas e roupas de cama em outro cômodo da casa e, então, ela relatou-me que a mãe era pré-diabética, que não estava cuidando da alimentação, que o bebê nasceu grande e a tendência era em uma próxima gestação ser maior ainda. Por isso, pelo histórico da gestante, ela já estava se preparando para que essa intervenção ocorresse. Ela mostrou-me em seu celular que, no dia anterior ao parto, havia enviado à sua

equipe um texto que falava justamente sobre as soluções se ocorresse uma distocia de ombro. Isto porque, segundo ela, já sentia que isso iria acontecer. Ela continuou dizendo que topou acompanhar o parto porque a médica também indicou a gestação de Gisele como sendo de baixo-risco, mas caso ela tivesse outro filho a Equipe Manjedoura não a acompanharia mais em um parto domiciliar.

Percebo em Honielly uma preocupação em relacionar sua conduta a conduta da obstetra, que permitiu informalmente a ocorrência de um parto domiciliar à uma gestante com restrições de saúde. Colocando também em evidência a responsabilidade da gestante em seguir à risca as recomendações médicas e das parteiras. Martins (2004) relata que as relações entre médicos e parteiras foram bastante estudadas e são conhecidas na historiografia feminista. O conflito gira em torno de acusações de incompetência, controle e usurpação de práticas da cultura feminina pela corporação médica. O que a autora chama a atenção é que essa oposição não deve alimentar uma visão romântica a respeito das parteiras. Tanto elas quanto médicos podem ser nocivos ou eficazes para as parturientes. Portanto é necessário analisar o contexto do conflito e as condições socioculturais. O que as parteiras me relatam é que, em casos onde ocorrem intercorrências, elas detêm um conhecimento acerca das manobras que médicos, capacitados mais em cirurgias, dificilmente conseguiriam solucionar. São estas manobras que também compõem o que elas chamam de conhecimento em parteria. Gisele e Ricardo agradeceram muito o atendimento das parteiras, relataram que as contrataram por confiar e acreditar no conhecimento destas e demonstraram uma preocupação com o desfecho do parto caso estivessem no hospital acompanhados por alguém sem a experiência das “parteiras urbanas”.

O bebê nasceu as 23:55 horas do dia 07 de outubro e deixamos a casa do casal por volta das 04:30h, após guardar todos os equipamentos no carro novamente e depois do casal e bebê estarem organizados para enfim repousarem.

3.3 O pós-parto⁴¹

⁴¹ As informações neste tópico foram colhidas através de entrevistas abertas com Marcela ocorridas no mês de novembro de 2017 na presença das “parteiras urbanas”. As entrevistas não foram gravadas, só há registro no diário de campo.

Conheci Marcela de 34 anos, fisioterapeuta e doula⁴², casada há 7 anos com Cássio de 42 anos, economista⁴³, antes mesmo de sua gestação ocorrer devido a amigos em comuns. Marcela convidou-me para assistir ao seu parto logo que soube da gravidez, já conhecia minha pesquisa e dificuldades em campo e ofereceu auxílio. A gestação de Marcela que acompanhei foi sua segunda, na primeira optou por uma cesárea e nesta planejou um parto domiciliar. Porém, por causa de uma intensa dor no nervo ciático durante o trabalho de parto, ela não conseguiu fazer o parto natural domiciliar – cujos trabalhos foram iniciados em casa com acompanhamento das parteiras –, optando por ser transferida para um hospital da cidade para fazer novamente uma cesárea.

A gestação em nossa sociedade, segundo Greer (1987), não é conduzida de maneira ordenada e previsível, mas sim experimentalmente. É algo instável, que muda de uma semana para outra, de acordo com os caprichos e modas do mundo médico e a apresentação das mais novas descobertas médicas, como por exemplo, as câmaras de descompressão para facilitar o trabalho de parto, os tipos de anestesia, indução, fórceps e cesariana.

As mulheres que “passaram por isso” procuram naturalmente conquistar adeptos para os métodos que foram usados nelas a fim de atenuar a sua própria ansiedade. As mulheres que saíram com raiva e amargura geralmente se calam depois. Talvez felizmente, são bem poucas as mulheres que se dão ao trabalho de ler, depois que passou o interesse imediato pelo parto, as informações sobre as consequências lamentáveis dos métodos que escolheram. Afinal, não há mais nada que possam fazer para reparar as sequelas de um parto induzido, restaurar os filhos dos primeiros dias que passaram num torpor drogado ou recuperar as células cerebrais que morreram enquanto os técnicos discordavam. (GREER, 1987, p. 20).

Marcela que conheceu a “humanização do parto” através da fotografia, foi buscando cada vez mais conhecimento sobre o assunto, realizou o curso de doula a fim de aprimorar seu olhar técnico enquanto fotógrafa de parto e, não teve dúvidas, de que em sua segunda gestação queria um parto domiciliar. Em nossa sociedade a incerteza do método de realização do parto, como afirma Greer (1987), contrasta com a determinação dos futuros pais em encarar o resto do projeto. Ou seja, as condições necessárias para que aconteça, isso vai desde o guarda-roupa especial para a futura mãe, enxoval do bebê, até pagar médico, hospital etc. Tudo isso é previsto, só não é previsto a maneira como mãe e bebê serão tratados. Marcela teve em seu parto o acompanhamento de Henielly e Priscilla, embora tenha manifestado durante as consultas de pré-natal o desejo de que toda a equipe estivesse presente. Também

⁴² As profissões de Marcela são fictícias como forma de preservar o sigilo da família.

⁴³ A profissão de Cássio é fictícia como forma de preservar o sigilo da família.

acompanharam o trabalho de parto o marido, o filho mais velho de 11 anos, duas doulas e uma fotógrafa. Honielly no dia estava em viagem.

Marcela, que é uma renomada fotógrafa de parto na cidade, relatou que em todos os partos domiciliares que acompanhou com a Equipe Manjedoura, nunca houve necessidade de transferência para o hospital, ou necessidade de cesárea por qualquer motivo. Relatou também, que havia acompanhado muitos partos que precisaram de várias manobras das parteiras para que acontecessem de fato. Neste sentido, expressou uma inconformidade por ter tido a forte dor no nervo ciático que a impossibilitou de prosseguir com seu trabalho de parto natural. Em linhas gerais, o “movimento da humanização do parto” busca um incentivo ao parto vaginal, modificando práticas excessivas de intervenção que apresentam riscos à mãe e recém-nascido. O que Tornquist (2002) observa é que há, portanto, uma desestimulação a um parto medicalizado visto como artificial e violento pelo Movimento e incentivo a práticas mais adequadas à fisiologia do parto consideradas mais “naturais”.

A crítica ao modelo tecnocrático de atendimento ao parto dá-se a partir de dois eixos como afirma Tornquist (2002). O primeiro indica que o parto não é um evento patológico, mas sim existencial e social vinculado à sexualidade da mulher. E segundo refere-se ao argumento de que o parto hospitalizado introduz uma série de recursos que afastam tanto a mulher quanto o bebê de sua suposta “natureza”.

O desfecho do parto de Marcela e sua inconformidade com um resultado não “natural” traz à tona uma grande discussão sobre o que é de fato natural em um nascimento “humanizado”. Haraway (2009) aprofunda-se na distinção entre natural e artificial o que nos faz questionar aquilo que caracteriza o humano. Já que se compreende antropológicamente que não exista nada que seja simplesmente puro em qualquer dos lados da linha de divisão – a ciência, a tecnologia, a natureza puras; o puramente social, o puramente político, o puramente cultural –, o que se entende por natureza e cultura entraram em colapso com a ciência e a tecnologia, transformando até mesmo o que diz respeito à nossa percepção do mundo e de nós mesmos. Quando o “movimento da humanização” e as próprias parteiras da Manjedoura relatam um atendimento de “forma natural”, demonstram também suas técnicas, a tecnologia e todo o conhecimento científico que dá sustentação à prática e a validação de seu ofício.

A sua primeira consulta pós-parto realizada pela equipe Manjedoura ocorreu 24 horas depois do bebê ter nascido e foi realizada no hospital onde ocorreu a cesárea, porém eu só pude acompanhar a última consulta que ocorreu em sua casa após a apojadura do leite, ou seja, depois que o houve um afluxo mais volumoso do leite materno, isto após uma semana da realização do parto. Essa consulta foi realizada em uma tarde durante a semana com Honielly.

Marcela nos aguardava na sala um pouco aflita, pois acabara de passar por um acidente de carro no trajeto em que levava o bebê para uma consulta à pediatra. Um pouco dolorida, estava assustada e, ao mesmo tempo, aliviada pelo bebê não ter se machucado. Era uma sala grande, sala de estar e de jantar juntas, com duas estantes de livros. O casal vive em um bairro nobre na cidade em uma casa grande, com quintal espaçoso para os dois cachorros que possuem. Nesta consulta, Honielly foi direto ao ponto, ou seja, uma conversa sobre a amamentação, pois já havia sido informada que a amamentação estava sendo mais difícil para a mãe recém-parida. A parteira perguntou como esta estava acontecendo, se Marcela estava complementado com “*leite artificial*” (também conhecido como leite em pó) e se o peito estava machucado. A mãe explicou que complementava com mamadeira e que o peito ainda estava em processo de recuperação e que passou por um tratamento a laser para auxiliar na cicatrização de uma fissura mamária.

Honielly sugeriu que fossem ao quarto para que pudesse orientar melhor quanto à posição da amamentação e sobre a utilização de uma sonda para complementar a amamentação. Para isso pediu para que Marcela amamentasse um pouco seu bebê, a fim de verificar “a pega deste ao peito”, se estava correta ou não. Após isso, Honielly saiu para comprar uma sonda para ensinar ao casal como utilizá-la na complementação da amamentação. Durante sua ausência, Marcela e eu conversamos sobre seu parto e seu sentimento em relação ao processo. Ela relatou uma satisfação com o atendimento da equipe durante o trabalho de parto, afirmando que faria tudo novamente.

A “parteira urbana” retornou e solicitou a presença do marido de Marcela para aprender a preparar a sonda, afirmando que o pai deve auxiliar sempre a mãe durante a amamentação. Honielly preparou o leite em pó no suporte da mamadeira mas, ao invés de tampar esta com o bico, ela colocou uma ponta da sonda no leite, enquanto a outra ponta ficou no bico do seio da mãe. O bebê abocanha o bico junto com a ponta da sonda e o movimento de sucção faz com que sugue o leite da mãe juntamente com o leite do copo. Honielly

explicou que dessa forma ele não deixa de sugar o peito da mãe, que é a única coisa que faz com que ela produza leite, além de evitar a confusão de bicos causada pelo uso da complementação em mamadeiras com bico artificial. A parteira reforçou o que Marcela relatou que Priscilla já havia orientado sobre a massagem no seio e ordenha do leite, mostrando novamente a Marcela os movimentos de massagem e acentuou a importância da amamentação para mãe e bebê.

No fim da consulta Honielly, conforme observei, parece ter sentido que Marcela não estava bem emocionalmente e perguntou se ela queria conversar. A mãe respondeu que não, abraçou-a para se despedir e chorou silenciosamente neste momento. Mencionei que as deixaria a sós para que conversassem, mas Honielly afirmou que não seria preciso e que em outro momento elas o fariam. Nos despedimos da família e, em frente à casa, quando estávamos somente Honielly e eu, ela me disse que toda mulher tem seu tempo para aceitar que o parto não ocorreu como o planejado. Sendo assim, ela – Honielly – precisava apenas aguardar ser chamada para uma conversa de desabafo ou ajuda, para entender melhor o processo pelo qual estava passando Marcela. Em muitas conversas que acompanhei via *Whatsapp*, ou nas reuniões presenciais do grupo Gesta Cascavel e Toledo, o assunto do puerpério⁴⁴ aparece como algo que deve ser tão bem preparado quanto o parto e a amamentação. Segundo Greer (1987), a maioria das mulheres ocidentais enfrenta sozinha a gravidez. Vão sozinhas às inúmeras consultas com o obstetra, à clínica e ao hospital, enfrentando ambientes desconhecidos sempre numa posição submissa. As que renunciam de um emprego remunerado para terem um filho se transferem da coletividade comunicativa para um isolamento de uma casa vazia, o que neste momento não é benéfico. Por outro lado, as que temem as consequências da solidão – ou por necessidades financeiras acrescento eu – permanecem em trabalhos nos quais necessitam, às vezes, até esconder a gravidez o quanto puderem.

O relacionamento após o parto continua sobretudo no meio virtual, é comum após o parto a mulher ou as parteiras escreverem um relato sobre ele e assim vivenciarem o momento novamente. Aos bebês nascidos com o acompanhamento da equipe, as parteiras costumam

⁴⁴ Considera-se por Puerpério o período que decorre desde o parto até que os genitais e o estado da mulher voltem às condições anteriores à gestação. Período com duração particular para cada mulher, mas considerado popularmente como o período de 40 dias da *dieta*, a *quarentena*.

presenteá-los com um *body* (espécie de camiseta com botões que se fecham entre as pernas) com a seguinte frase: “Nasci em casa”. Como observamos na seguinte imagem:



Figura 19: Irmãos que nasceram de parto domiciliar e que além da camiseta presenteada pelas parteiras, são carinhosamente chamados pela equipe de “Bebês Manjedoura”. Os rostos e nomes da foto foram preservados pela não autorização da divulgação. Frase da camiseta: Nasci em casa. Equipe Manjedoura – Assistência ao Parto Natural.

Fonte: Página social da rede *Facebook* – Equipe Manjedoura, publicado em 14 de dezembro de 2017.

Pude evidenciar mais um momento do vínculo que se estende após o parto, entre as mulheres que se tornaram mães e a equipe Manjedoura, em um encontro que Marcela proporcionou em sua casa dois meses após o parto para as profissionais que lhe acompanharam neste. Ela criou um grupo na rede *Whatsapp* com esse fim e combinou um dia em que todas pudessem comparecer. O encontro tinha como objetivo agradecer a todas que estiveram presentes nesse momento com a família, através de um chá da tarde. Marcela deixou as comidas e bebidas preparadas à mesa durante a tarde e a noite para que todas pudessem ir no horário que estivesse disponível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente dissertação consistiu em conhecer as práticas das “parteiras urbanas” no município de Cascavel (PR), em um contexto marcado pela predominância do saber médico e sua autoridade em relação ao corpo que pare, embora essa autoridade nem sempre tenha existido. Mas sobretudo debruçei-me a compreender como se constitui a “parteira urbana” para além da especialização em enfermagem obstétrica e curso de capacitação em Parteria Urbana. Ou seja, qual a fronteira entre uma enfermeira obstetra e uma “parteira urbana” no que diz respeito às práticas de assistência ao parto.

O foco deste trabalho foi as parteiras qualificadas, mais precisamente as nominadas como “parteiras urbanas”, uma categoria que ressurgiu em um contexto de discussão e, por vezes, de contestação do modelo de assistência ao parto, marcado pela constituição de grupos e movimentos que reivindicam práticas menos invasivas e mais acolhedoras para o parto, com respeito aos desejos e ao corpo das mulheres que parem. Práticas que se assemelham às das “parteiras tradicionais”, que se constituem a partir de vínculos afetivos e do uso de técnicas não-invasivas, em partos que ocorrem no ambiente íntimo da mulher, sua casa.

Olhar para a “parteira urbana”, categoria reconhecida no meio da “humanização do parto”, como alguém que reivindica seu próprio espaço no universo de profissionais que atendem o parto, foi uma tarefa inquietante e solitária. Solitária no sentido de não haver estudos de referência que também olhassem para a parteira não como enfermeira obstetra, mas pela categoria que estão reivindicando. No entanto, ao adentrar no campo dessa pesquisa pude, desde o primeiro momento, encontrar companhia e apoio das próprias parteiras como alguém que finalmente diria quem são e toda sua relação que se tece com as gestantes as quais acompanham.

Esse trabalho permite perceber que o sujeito “parteira urbana” está mais relacionado às práticas dentro de um modelo de humanização de assistência ao parto do que à capacitação em Enfermagem Obstétrica ou no curso de Parteria Urbana. Ficou evidente nas falas da Equipe Manjedoura e de Tatianne Frank, no primeiro capítulo, que o que as distancia das enfermeiras obstétricas de um hospital é uma prática que privilegia as escolhas das mulheres, o respeito à sua fisiologia, o apoio emocional, o vínculo afetivo e o uso de técnicas “naturais”

– como chás, manobras, banho quente, bafo, entre outras –, o que as aproxima das “parteiras tradicionais” e ao que consideram ser o “partejar”.

No primeiro capítulo busquei entender qual a lógica utilizada para que em determinados momentos se autodenominassem enfermeiras e em outros parteiras. Qual o limite e o divisor entre uma categoria e outra, já que nos deixam claro que há uma diferença entre elas?

Para tanto, conheci um pouco da história de cada parteira, sua trajetória e relação com o mercado de trabalho ao qual estão inseridas. Nas histórias de Honielly e Henielly, irmãs, percebe-se o nítido desejo do pai de que as filhas seguissem a carreira médica. É também dos pais que trazem a tradição religiosa adventista e toda a visão de nascimento e corpo que carregam para a prática profissional. Reconheci isso em diferentes momentos, na escolha do nome da equipe, na logomarca, nos relatos dos partos e nas publicações no perfil público da equipe em redes sociais, nos momentos de oração e agradecimento após o parto e na referência a seus ofícios como um dom, destino e providência divina. Priscilla, embora tenha crescido distante das primas, também segue a mesma tradição religiosa adventista e prática da equipe. Com esta percebemos o descontentamento com a utilização do termo “humanização”, por acreditar que um modelo oposto nem deveria existir, que este deveria ser regra e não a exceção e privilégio de poucas mulheres.

Na fala de todas as “parteiras urbanas” percebe-se a forte relação do ser parteira com o vínculo afetivo que constroem com as mulheres e famílias que atendem. Por outro lado, é fundamental seguir denominam-se enfermeiras obstétricas, o que lhes garante autoridade científica na reivindicação e disputa de seu espaço profissional. Um espaço no qual os médicos apresentam-se, ainda hoje, como autoridades máximas no conhecimento do corpo da mulher que pare e no o ofício de parteira (cujo entendimento remete quase sempre ou sempre a conhecida parteira tradicional), é posto em dúvida e levado ao descrédito.

No segundo capítulo apresentei a Equipe Manjedoura desde a sua formação, procurando mostrar sua organização interna, como lidam com questões burocráticas, administram sua atividade autônoma e gerenciam o contato com as gestantes. Fica evidente neste capítulo, que a rede social é a principal ferramenta da “parteira urbana” como meio de divulgação do seu trabalho e delimitação da categoria profissional. Observa-se em relatos de

partos, publicações na rede *Facebook* e conversas em grupo de *Whatsapp* que a “parteira urbana” constrói o seu espaço com a preocupação em se diferenciar das práticas de outros profissionais do parto, como doulas e obstetras, deixando claro que são funções diferentes e complementares, embora exista uma forte resistência médica em trabalhar conjuntamente com parteiras.

No terceiro e último capítulo apresentei as especificidades da atuação das parteiras em consultas pré e pós-parto e durante o trabalho de parto. Fiz questão de deixar evidente a dificuldade de minha inserção no campo, pela resistência das famílias que pretendia acompanhar em que eu estivesse presente em um momento considerado por elas muito íntimo. Por outro lado, houve grande apoio e auxílio por parte da Equipe Manjedoura para que eu pudesse acompanhar o dia a dia do trabalho delas.

No item do capítulo sobre o pré-parto, eu discuti a questão do vínculo que se forma entre parteira e família semanas antes do parto. A parteira conhece a família, a história do casal, o que desejam para o momento do parto, conhecem o espaço, o lar da família, constroem uma relação de confiança e aproximação com o casal que acompanharão no nascimento e nas primeiras semanas após ele. Nesse item destaquei o uso da técnica do “ultrassom natural” – uma técnica de apalpação abdominal muito semelhante a prática das tradicionais parteiras e posterior desenho da posição do bebê na barriga da mãe –, técnica esta que visa exatamente realizar uma aproximação com a família, em um momento de descontração e envolvimento de todos os membros desta.

No item parto destaquei como a equipe delimita os espaços de atuação delas, as “parteiras urbanas” e as enfermeiras obstetras, chamando atenção para como a equipe – especialmente com Honielly – evidencia o necessário trabalho conjunto com outras categorias como fundamental. Ou seja, a equipe Manjedoura acompanha um parto desde que a gestante tenha um acompanhamento pré-natal com ginecologista e obstetra, exames médicos em dia e a garantia do diagnóstico médico de que a gestante não possui risco para a realização de um parto domiciliar. Embora o aval de um médico não seja totalmente necessário para que este ocorra e que nem sempre elas levam em conta a resistência daqueles, pois de fato quase nenhum médico apoia o parto fora do ambiente hospitalar e a prática médica atual demonstra o uso de falsas indicações para a ocorrência de cirurgias cesarianas cada vez mais crescentes. Ainda neste tópico observei a existência de uma hierarquia de autoridade entre as próprias

parteiras da equipe, especialmente em relação à organização dos materiais, a decisão sobre sua disposição na cena do parto e em relação as condutas durante o parto, como em casos mais complicados, como a ocorrências de uma distócia, que requerem uso de técnicas e manobras específicas de quem domina o ofício da parteria urbana.

No último item do terceiro capítulo, pós-parto, busquei explicitar o vínculo que é ser mantido – até por compromisso contratual – entre a “parteira urbana” e a parturiente após o parto. Isto significa que a “parteira urbana” vai até a casa da mulher que pariu ensinar os primeiros cuidados com o recém-nascido, auxiliar na amamentação e cuidados com o próprio corpo da mulher. Tal movimento é acentuado pela equipe Manjedoura como um grande diferencial desta categoria profissional, a “parteira urbana”, de outras categorias. Mesmo que o/a enfermeiro/a obstetra do hospital ou o/a médico/o obstetra e ao pediatra repassem as mesmas informações dentro de seus consultórios, a “parteira urbana”, segundo enfatizam as que estudei nesta dissertação, constroem um vínculo afetivo com as famílias, que retribuem este com as “parteiras urbanas” que acompanharam o processo de gestação e nascimento. Pude reconhecer isso, por um lado, por meio de presentes que as “parteiras urbanas” da equipe dão aos bebês. Ela não batiza ou recebe como afilhados aqueles/as que trouxeram ao mundo, como faziam as antigas parteiras, mas os nomeiam como “Bebês Manjedouras”; e, por outro lado, recebem a demonstração de carinho e agradecimento das famílias com encontros com estas – como no chá de Marcela – meses após o nascimento do bebê.

Conhecer as “parteiras urbanas” da equipe Manjedoura e refletir sobre suas práticas, por meio desta dissertação, possibilitou compreender em primeiro lugar, a necessidade que estas têm em demarcar seu território profissional, reforçando a importância de uma categoria profissional que está ainda em construção e que insere-se em um cenário relacionado ao parto marcado pelas especificidades características de um modelo médico, ao mesmo tempo que resgata práticas anteriores à medicalização do parto. Por outro lado, permitiu problematizar em maior profundidade práticas que já conhecia, porém de outra posição, a de gestante que buscou o trabalho de uma “parteira urbana”, para um olhar antropológico das relações que se tecem através do ofício da parteira e parturiente

REFERÊNCIAS

ACKER, J. B. V. et al. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5., p. 647-651, set./out. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500010>.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BESSA, L. F.; FERREIRA, S. L. **Mulheres e parteiras**: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural. Salvador: GRAFUFBA, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do Parto e do Nascimento**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. Ilustrações de Ziraldo. São Paulo: Globo, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Presidência da República**: Casa Civil. Brasília, 7 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 10 set. 2018.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

CASCAVEL. Secretaria de Saúde de Cascavel. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Cascavel: Secretaria de Saúde de Cascavel, 2014. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/13032014_pms_2014-17.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.

CERES, V.; KNAUTH, D. R. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: STREY, M. N.; CABEDA, S. T. L. (Orgs.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

COREN/PR reforça legalidade do parto domiciliar pelo Enfermeiro Obstétrico. **Cofen – Conselho Federal de Enfermagem**, [S.l.], v. 29, jan. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/corenpr-reforca-legalidade-do-parto-domiciliar-pelo-enfermeiro-obstetrico_37384.html>. Acesso em: 5 jul. 2017.

DAVEIRA, A. S. N. **A fala do povo**: a reprodução do conhecimento no saber popular. Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

DESCOLA, P. et al. **Repensando la Naturaleza**. Encuentros y desencuentros disciplinares en torno a lo ambiental. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

DIAS-SCOPEL, R. P. **A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Brasília: Paralelo 15, 2015.

DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para a sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

FERREIRA, A. C.; GROSSI, Y. S. Religião e cidade: a narrativa das parteiras e sua religiosidade na Belo Horizonte dos anos 90. **Numen**, Juiz de Fora, v. 15, n. 1, p. 65-87, 2012.

FLEISCHER, S. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução e organização de Roberto Machado. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FRANK, T. C. **Parto domiciliar planejado acompanhado por enfermeira**: a experiência da mulher, da família e do profissional. 2011. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.

GAYOSO, D. B.; MELO, J. M.; MÜLLER, E. Parteiras tradicionais de Pernambuco: saberes, práticas e políticas. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 – desafios atuais dos feminismos**. Florianópolis: UFSC, 2013.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOELLNER, S. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L.; GOELLNER, S. V. (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

GREER, G. **Sexo e Destino**: a política da fertilidade humana. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

GRUPO CEFAPP (Org.). **Pós-graduação**. Disponível em: <<http://www.grupocefapp.com.br/pos-graduacao>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue. Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, D.; KUNZRU, H.; TADEU, T. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

JÚNIOR, H. F. O urbano em questão na antropologia: interfaces com a sociologia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 48 n. 1, p. 133-165, jan./jun. 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77012005000100004>.

LATOURE, B. **Jamais Fomos Modernos**. Ensaio de Antropologia Simétrica. Tradução de Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. Tradução de Chaim Samuel Katz e Eginardo Pires. 5. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**. Tradução de Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 1982.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Tradução de Sônia Maria da Silva Fuhrmann. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MAIA, M. B. **Humanização do Parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino**: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MATTOS, C. L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. In: MATTOS, C. L. G.; CASTRO, P. A. (orgs.). **Etnografia e educação**: conceitos e usos. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

NASCIMENTO, K. C. et al. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 319-327, abr./jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000200012>.

ODENT, M. **O camponês e a parteira** – Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Tradução de Sarah Bailey. São Paulo: Ground, 2003.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 699-702, set./out. 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000500020>.

OSAWA, R. H.; TANAKA, A. C. A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia** – Rede Mãe Paranaense. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2012. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiaversao_final.pdf. Acesso em: 5 mar. 2017.

PEIRANO, M. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n. 42, p. 337-391, jul./dez. 2014.

PEIRANO, M. Etnografia ou a teoria vivida. **Ponto Urbe**, [S.l.], n. 2, 2008. DOI: 10.4000/pontourbe.1890.

PULHEZ, M. M. **Mulheres Mamíferas**: práticas da maternidade ativa. 2015. 220 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

RIESCO, M. L. G. Enfermeira Obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, abr. 1998.

RIFIOTIS, T. Etnografia no ciberespaço como “repovoamento” e explicação. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 31, n. 90, fev. 2016.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

SANT’ANA, E. **As parteiras**. Porto Alegre: SIMERS; CORAG, 2006.

SCOTT, J. A invisibilidade da experiência. Tradução de Lúcia Haddad. Revisão Técnica de Marina Maluf. **Projeto História**, São Paulo, n. 16, p. 297-325, fev. 1998.

SENA, L. M.; TESSES, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, nov. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.

STRATHERN, M. Necessidades de pais, necessidades de mães. **Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 2, jul./dez. 1995.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 376 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FONTES

EQUIPE Manjedoura – assistência ao parto natural. Disponível em: <<https://www.facebook.com/equipemanjedoura/>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

FRANK, T. C. Depoimento gravado e transcrito. [26/11/2017]. Entrevista concedida a Ana Paula Soares Fagundes. 01 áudio digital em formato mp3.

GOES, H. P. Depoimento gravado e transcrito. [27/05/2017]. Entrevista concedida a Ana Paula Soares Fagundes. 01 áudio digital em formato mp3.

GOES, H. P. Depoimento gravado e transcrito. [15/03/2017]. Entrevista concedida a Ana Paula Soares Fagundes. 01 áudio digital em formato mp3.

TIVES, P. Depoimento gravado e transcrito. [06/03/2017]. Entrevista concedida a Ana Paula Soares Fagundes. 01 áudio digital em formato mp3.

WHATSAPP. Maternar Cascavel. [29 de agosto de 2017]. Grupo monitorado por Ana Paula Soares Fagundes.

WHATSAPP. Gesta Toledo. [01 de julho de 2015]. Grupo monitorado por Ana Paula Soares Fagundes.

WHATSAPP. Gesta Cascavel. [15 de fevereiro de 2015]. Grupo monitorado por Ana Paula Soares Fagundes.

ANEXO

Roteiro de entrevista com parteiras urbanas da Equipe Manjedoura e Tatianne Frank:

Questões principais:

Como você escolheu essa profissão? Teve influência de alguém? Tem relação com a experiência de seus próprios partos?

Como foi a inserção nesse ramo na cidade de Cascavel?

Como foi a aceitação pela classe médica/hospitais?

Que dificuldades encontrou?

Questões secundárias:

Como acontece o atendimento a gestante (consultas pré, parto e pós-parto)?

Como a gestante chega até você?

O que a diferencia da assistência do obstetra e da enfermeira obstetra no ambiente hospitalar?

Você se autodenomina parteira?

Sua atividade se assemelha mais às parteiras tradicionais ou aos médicos?

Como se dá o vínculo cliente/empregador