

Artigos

“Eu segurei e ela nasceu!”: corpo e anestesia em narrativas de parto

Claudia Barcellos Rezende¹

Resumo

Analiso neste artigo como a experiência do corpo no parto é narrada por mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, tendo como eixo central de análise o modo como falam da anestesia no parto. Nos relatos dos dois grupos etários estudados, cada parto traz uma constelação de elementos distintos, como o momento de vida da mulher, a equipe médica e o contexto hospitalar, que produzem uma experiência corporal particular. As referências ao corpo vão além da questão da dor, colocando em foco como ele se torna conhecido e manejado durante o parto. O modo de falar sobre a anestesia destaca, portanto, o tema do controle e sensação do corpo. Assim, busco examinar aqui a articulação entre corpo e subjetividade no modo de narrar o parto. Argumento que a vivência do corpo é mediada não apenas por ontologias sobre a relação entre corpo e subjetividade, como também pelas interações com as pessoas presentes no momento do parto, atravessadas por valores morais.

Palavras-chave

Corpo. Parto. Anestesia. Subjetividade. Mulheres. Camadas médias.

Abstract

In this article, I analyse how the experience of the body during childbirth is narrated by middle class women in Rio de Janeiro, having the central axis of analysis the way they talk about anaesthesia in childbirth. In the stories of the two age groups studied, each delivery brought into focus a constellation of different elements, such as women's stage in life, the medical team, and the hospital context, which create particular bodily experiences. References to the body go beyond the issue of pain, focusing on how the body becomes known and managed during childbirth. The way they talked about anaesthesia highlights, therefore, the theme of body control and feeling. In this sense, I seek to examine the articulation between body and subjectivity in the way childbirth is narrated. I argue that the experience of the body is mediated not only by the ontologies available regarding the relationship between body and subjectivity, but also by the interactions with people present at the moment of delivery, which are embedded in moral values.

¹ Professora titular do Departamento de Antropologia da UERJ. *E-mail*: cbrezende@bighost.com.br.

Keywords

Body. Childbirth. Anaesthesia. Subjectivity. Women. Middle classes.

Em seu estudo sobre a linguagem médica em livros-textos de medicina do século XX, Emily Martin (2006) argumenta que o corpo no parto é visto como uma máquina. O útero é tratado como músculo involuntário, e a mulher ora seria sua hospedeira passiva ora uma trabalhadora ativa. Caberia ao médico, portanto, o papel de supervisionar e conduzir o trabalho de parto para que seja eficaz, visão também encontrada nos livros de obstetrícia brasileiros examinados por Silva *et al.* (2019).

Essa concepção de corpo se contrapõe àquela defendida pelo movimento da humanização do parto na década de 1990. Em que pesem os vários sentidos do termo “humanização” (DINIZ, 2005), profissionais de saúde e ativistas feministas adeptos a esse ideário defendem a visão de que o corpo da mulher é naturalmente apto a parir e que é preciso, paradoxalmente, recuperar “instintos supostamente perdidos através de técnicas e exercícios específicos” (TORNQUIST, 2002, p. 489). Criticam assim o uso rotineiro de uma série de procedimentos médicos, como a indução de contrações com ocitocina e a realização do corte do períneo no momento expulsivo (episiotomia), e redimensiona-se o papel do médico na cena do parto, dando protagonismo à mulher. Em contraste com um evento marcado pela assepsia e controle médico do corpo feminino, valoriza-se uma outra estética, com sons, secreções, toques (DINIZ, 2005) e saberes femininos (TORNQUIST, 2002).

Em que medida essas ideias de um corpo a ser controlado, ou não, se apresentam para as mulheres no parto? Analiso neste artigo como a experiência do corpo no parto é narrada por mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. Em especial, analiso através do modo de falar da anestesia no parto as articulações entre corpo, subjetividade e moral. Argumento que a vivência do corpo é mediada não apenas por ontologias como também pelas interações com as pessoas presentes no momento do parto, atravessadas por valores morais. Nos relatos, cada parto traz uma constelação de elementos distintos, como o momento de vida da mulher, a equipe médica e o contexto hospitalar, que produzem uma experiência corporal particular. As referências ao corpo vão além da questão da dor, foco importante de muitos estudos sobre o parto (CARNEIRO, 2015b; PULHEZ, 2013; RUSSO *et al*, 2019; SALEM, 2007) e já explorado em outro artigo (REZENDE, 2019).

Entrevistei dezesseis mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, de dois

grupos etários: sete mulheres com 60 a 69 anos e nove com 37 a 46 anos². São todas brancas, heterossexuais, têm formação universitária e profissões como médica, psicóloga, arquiteta, musicista, professora universitária. Quando ouvi seus relatos em 2016, as mais jovens haviam tido partos nos três anos anteriores, em um contexto social no qual se discutia a humanização do parto. A geração mais velha teve seus filhos na década de 1980, quando começavam a aparecer grupos de preparação para o parto, frequentado por duas delas. As mulheres mais jovens estavam casadas e, entre as mais velhas, havia duas divorciadas. Sendo todas usuárias da saúde suplementar, as experiências de parto hospitalar foram variadas: algumas tiveram partos vaginais com intervenções, outras sem nada, algumas entraram em trabalho de parto e acabaram fazendo cesáreas, outras tiveram cesáreas agendadas na primeira gestação e tentaram parto vaginal na segunda. As mais velhas tiveram em média três filhos e as mais novas, dois.

Entendo as narrativas como distintas do evento do parto tal como ele aconteceu. Como enfatiza Bruner, “cada narração é uma imposição arbitrária de sentido no fluxo da memória” (1986, p. 07; minha tradução). O ato de rememorar apresenta não apenas o que é relevante para cada grupo social, mas também o que importa lembrar em um presente específico (HALBWACHS, 1990). Nesse sentido, a narrativa permite a afirmação da agência do narrador, que escolhe como e o que contar (RIESSMAN, 1993). Os relatos de parto que ouvi foram contados para uma pesquisadora mulher, também mãe, após assinatura de um termo de consentimento livre que apresentava os contornos gerais do meu estudo. Todos esses elementos atravessam, portanto, as histórias que analiso neste artigo.

Corpo, dor e parto

Em seu livro sobre a história da dor, Joanna Bourke afirma que “o corpo nunca é soma pura: ele é configurado em mundos sociais, cognitivos e metafóricos” (2014, p. 17). Sua abordagem se aproxima de antropólogos recentes que buscam estudar o corpo como uma realidade fenomenológica, como base da existência no mundo (CSORDAS, 2008; LE BRETON; 2013; RABELO *et al.*, 1999). A vivência corporal abarca tanto uma atitude reflexiva quanto outra pré-objetiva, na qual “o mundo

² Os dados analisados aqui resultam dos projetos de pesquisa “Histórias de parto: pessoa e parentesco” e “O parto narrado: corpo, subjetividade e relacionalidade”, apoiados pelo Programa Pro-Ciência da UERJ e pelo CNPq através de Bolsa de Produtividade, e “Gestão do corpo e subjetividades contemporâneas”, apoio pelo CNPq através do Edital MCTI 01/2016 Universal. Agradeço a Jane Russo pelos comentários feitos em versão anterior deste artigo.

se apresenta para nós, em primeiro lugar, como esfera de ação ou prática, antes de se apresentar como objeto de conhecimento” (RABELO *et al.*, 1999, p. 12). Essas ações corporais estão inseridas na cultura, uma vez que toda experiência surge de interações sociais e é enquadrada através de esquemas simbólicos particulares.

Neste sentido, Bourke prefere tratar a dor como um evento, que é parte da história de vida de um indivíduo (2014, p.5). Mais do que um acontecimento fisiológico em si, a dor como evento fala de um modo específico de avaliar e experimentar uma sensação. “Sentir dor exige que um indivíduo dê significado a esta forma particular de sentir” (2014, p.5, minha tradução). Desta forma, essa experiência envolve uma nomeação que é pública, com sentidos dados culturalmente e historicamente. Porque é um ato de avaliação, a dor como evento requer ver a pessoa como construindo-a ativamente, “incluindo suas sensações fisiológicas, estados emocionais, crenças cognitivas e situações relacionais em várias comunidades” (BURKE, 2014, p.13, minha tradução). Na medida em que é um evento público, é também uma prática política, constituída através de discursos, instituições e estruturas de conhecimento.

Dor e corpo integram ontologias como formas de enquadramento da experiência que se constituem, são sustentadas ou enfraquecidas através de práticas cotidianas (MOL, 2002, p.6-7). Destaco aqui alguns elementos das ontologias presentes nas sociedades ocidentais modernas, relevantes para as narrativas que analiso a seguir. A dualidade corpo e mente atravessa uma ontologia constitutiva dos discursos médicos, que, por sua vez, penetram outras vivências. Por isso, a dor pode aparecer como um objeto a ser tratado (BOURKE, 2014), e o corpo ser experimentado como realidade separada de um eu desencarnado, alvo de controle e monitoramento no parto. Um corpo cujo controle é instável torna-se ademais um corpo com riscos, potencializados na gestação, exigindo da mulher uma série de escolhas e cuidados (LUPTON, 1999).

Nos relatos de parto de mulheres americanas (CARTER, 2010), australianas (LUPTON; SCHMIED, 2013) e sul-africanas (CHADWICK; FOSTER, 2014), a perda de controle sobre o corpo e sobre si é ressaltada, revelando a visão de que as mulheres deveriam ser capazes de se controlar. Entre as australianas, há a sensação de um corpo que se divide em dois e a estranheza de ver sair delas um outro ser. Produz-se um corpo em trabalho de parto (*body-in-labour*) e um corpo que está nascendo (*body-being-born*). Já para as americanas que buscam modelos de parto alternativos, com a presença de parteiras, modula-se um pouco essa percepção, com a visão de um corpo colaborativo. Nas narrativas de parto hospitalar, as mulheres destacam a sensação de não ter controle do corpo no

trabalho de parto, em especial quando não houve uso de analgesia. Em ambos os grupos, está em questão a dualidade entre corpo e eu (*self*). No estudo sobre as sul-africanas, há a percepção de vulnerabilidade não apenas em termos de uma percepção biomédica de riscos para o bebê e para a parturiente, como também da perda da integridade corporal em um corpo que vazava fluidos e se rasga no parto vaginal. Por um lado, como afirmam Chadwick e Foster (2014), a escolha pela cesárea para algumas permite manter esse controle do corpo. Por outro, aquelas que optam pelo parto domiciliar evitam a exposição da intimidade corporal em contexto hospitalar. Em ambos os grupos estudados existe a preocupação com a manutenção da privacidade e do controle corporal.

Akrich e Pasveer (2004) argumentam que, nas narrativas de parto examinadas, o que está em questão não é uma separação fixa entre corpo e mente, mas sim um movimento dinâmico entre um corpo em trabalho de parto (*the body-in-labour*) e o eu encarnado (*the embodied self*). Os relatos destacam como um corpo até então pouco percebido toma a iniciativa no trabalho de parto. O útero como elemento ativo desafia o controle voluntário da mulher. Mas esta não se vê como pessoa desencarnada, cujo corpo é alienado de si. Se, em alguns momentos, emerge apenas um corpo em trabalho de parto, através da mediação de companheiros, profissionais, objetos e tecnologias, recompõe-se o eu encarnado.

A separação entre corpo e mente se associa à visão de que a dimensão corpórea humana tem sua própria lógica, eixo do fisicalismo como teoria da pessoa segundo Duarte (1999). Essa corporalidade deve ser explorada e tem implicações sobre a condição humana, em particular para a perfectibilidade, a capacidade dos seres humanos de se aperfeiçoarem indefinidamente. A sensibilidade fisiológica se articula a uma aceção mais sentimental e é através dos sentidos, de forma ampla, que se tem experiência do mundo exterior aos sujeitos. Duarte destaca aqui a dupla injunção da sensibilidade – ao mesmo tempo implicando sensatez e uso da razão e sensorialidade física e emotiva. Esses temas constituem então o que o autor chama de dispositivo da sensibilidade, presente nas sociedades ocidentais modernas.

A tensão entre um corpo a ser controlado e um corpo a ser experimentado figura nos debates em torno das diferentes formas de parto, como apontei no início deste artigo. Por um lado, o modelo tecnocrático de assistência ao parto, como apontam Davis-Floyd (1993) e Chazan (2007), se baseia em uma visão do corpo feminino como necessitando um monitoramento estreito através de tecnologias e profissionais médicos. O parto é pensado em termos de eficiência e de relações custo-benefício, o que tem levado a altas taxas de cesárea no Brasil, via de nascimento entendida pelos médicos como mais segura e que permite

melhor gestão de riscos (NAKANO, BONAN; TEIXEIRA, 2017).

Com ênfase distinta, os discursos de humanização do parto acentuam a vivência sensorial do corpo ao proporem formas mais “naturais” de parir (CARNEIRO, 2015a, DINIZ, 2005). O ritmo do trabalho de parto não deve ser alterado com o uso de ocitocina para acelerar as contrações, e a laceração do períneo deve acontecer sem interferências. A dor no parto é parte integrante dessa experiência e, para alguns sites de parto natural, pode ser vista como ponte de contato da mulher com seu corpo, como mostram Russo *et al.* (2019). Ao mesmo tempo, a preparação para o parto, seja através de exercícios, seja pelo acompanhamento de doulas ou enfermeiras obstétricas, introduz o aprendizado e treino de técnicas corporais vistas como desaprendidas (TORNQUIST, 2002, p. 489). Há assim uma dimensão do controle do corpo presente também nesse ideário.

Se no ideário do parto humanizado o corpo feminino é capaz de parir, especialmente se for treinado, a opção por essa via de nascimento por muitas mulheres revela um desejo por esse tipo de experiência corporal (CARNEIRO, 2015a; PULHEZ, 2013; RUSSO *et al.*, 2019). Chadwick e Foster (2014), em seu estudo com mulheres sul-africanas, argumentam que aquelas que buscam um parto domiciliar desejam vivenciar todo o processo de nascimento dos filhos, em contraste com as que desejam uma cesárea. Conforme venho analisando em minhas pesquisas (REZENDE, 2011, 2020), a gravidez tem sido percebida como uma etapa inicial da maternidade, mudando o sentido do parto. Antes visto como um rito de passagem (ALMEIDA, 1987; SALEM, 2007), o parto, em especial o vaginal, torna-se valorizado como experiência física e emocional da mulher.

Parto como projeto e experiência

A maternidade foi desejada por todas as mulheres entrevistadas, mas aconteceu de formas distintas nos dois grupos etários. As narrativas de parto foram também distintas, mais curtas e menos detalhadas entre as mais velhas se comparadas ao foco dado às sensações físicas e emoções das mulheres mais jovens. Se os elementos do tempo e da memória contribuem para explicar essa diferença, há também sentidos distintos da maternidade para cada geração.

Entre as entrevistadas mais velhas, a primeira gravidez veio antes dos trinta anos, para muitas como surpresa, quando ainda faziam seus cursos universitários. Das sete mulheres, apenas duas contaram ter se preparado para o parto, através de livros e grupos de gestante que começavam a surgir no Rio de Janeiro. A mudança de médico ginecologista na primeira gestação não foi objeto

de referência, acontecendo apenas em alguns casos depois de um primeiro parto visto como difícil. Elas tiveram entre dois e três filhos e nem sempre o segundo parto foi melhor do que o primeiro.

Nesse grupo, todas desejaram um parto normal e entraram em trabalho de parto, mas duas delas acabaram fazendo cesárea. O primeiro parto foi em geral alvo de várias intervenções médicas, como o uso de ocitocina para acelerar as contrações, que não foram negociadas; simplesmente aconteceram, como mostra o relato de Teresa, mais adiante. Com isso, muitas mudaram de obstetra na segunda gravidez. Seus maridos estiveram presentes no hospital, mas poucos assistiram ao parto – não era uma prática comum e alguns ficavam “nervosos”.

Para a maioria delas, o parto era o momento de conhecer o bebê, uma vez que naquela época os exames de ultrassonografia obstétrica ainda não eram feitos como parte do pré-natal. Talvez por isso, seus relatos enfatizavam com frequência o banho tomado antes de sair para o hospital, sugerindo assim uma preparação corporal e uma limpeza simbólica para o parto vivido como rito de passagem para a maternidade.

Entre as mulheres mais jovens, todas as gestações foram planejadas, acontecendo depois dos trinta anos, quando já tinham empregos e carreiras estabelecidas. Das nove entrevistadas, seis tiveram dois filhos, uma teve três e duas tiveram só um. Na primeira gestação, nem todas desejaram parto normal – duas quiseram ter cesárea e depois, na segunda gestação, resolveram ter um parto vaginal. O desejo por esse tipo de parto orientou a busca por obstetras com reputação de não fazer cesáreas “desnecessárias”. A maioria delas se preparou para o parto, através da leitura de livros e site e da frequência a grupos de gestante, ioga ou acompanhamento por doulas.

Seus relatos revelam esse preparo maior, mostrando que conheciam todas as etapas do parto, o que era esperado acontecer e o que podiam negociar. Neste sentido, já haviam conversado com a equipe médica sobre os procedimentos que desejavam ou não, o que nem sempre garantiu o parto como desejado. Muitas tiveram a presença de doulas ou enfermeiras obstétricas no hospital, como fonte de apoio emocional e físico durante o trabalho de parto. Seus maridos participaram de todo o processo do parto, e nas narrativas as mulheres com frequência usavam a primeira pessoa do plural para falar das decisões e escolhas na gestação e parto. O banho nessas narrativas não aparece como limpeza ritual e sim forma de lidar com as dores no trabalho de parto. Os bebês, já nomeados e tratados como filhos, também figuram nos relatos, muitas vezes como pessoas com as quais as mulheres dialogavam durante o trabalho de parto.

Ao comparar as narrativas dos dois grupos etários, a forma como relatam a

experiência da anestesia é significativa. Como usuárias de planos particulares de saúde, a possibilidade de receberem anestesia foi comum a todas, o que nem sempre acontece em hospitais públicos (MCCALLUM; REIS, 2008). Há também uma diferença geracional importante nesse aspecto, uma vez que as mulheres mais jovens pariram em um contexto de muita discussão sobre parto natural e informações sobre anestesia. Enquanto todas as mais jovens negociaram com seus médicos o uso ou não de analgesia, o uso de anestesia geral no fim do trabalho de parto ou em cesariana foi relatado por quatro das sete mulheres mais velhas. Martina e Rosa foram as únicas a ter um de seus partos sem nenhuma anestesia, não por escolha suas, mas porque foram muito rápidos. Nas narrativas deste grupo, ter recebido anestesia é mencionado de modo objetivo, sem qualificações, a não ser pelo fato, no caso da anestesia geral, de impedi-las de ver seus filhos nascerem.

Entre as mulheres mais jovens, os relatos das experiências com anestesia são mais variados. Carla, Julia e Gabriela contaram como, em seus primeiros partos, foram até certo ponto sem analgesia, mas a “dor intensa” foi sentida como produzindo uma exaustão física e mental. O uso de alguma forma de analgesia trouxe então alívio e condições de se concentrar melhor na força expulsiva que deveriam fazer. Gabriela teve a experiência de um segundo parto sem nenhuma anestesia. Ao contrário do primeiro parto, durante o qual se desentendeu com a equipe médica justamente porque ela quis anestesia, a orientação calma da nova obstetra ajudou-a a ter seu segundo filho sem analgesia. Como ela, Milena e Camila também tiveram seus segundos partos sem nenhuma intervenção, sendo a interação com os profissionais considerada decisiva para sentirem uma dor que conseguiram suportar.

A seguir, analiso de forma mais detida os relatos resumidos dos partos de quatro mulheres, Martina e Teresa, que tiveram filhos na década de 1980, e Camila e Tatiana, que tiveram filhos depois de 2010. Em alguns momentos, faço referência também a trechos de narrativas de outras entrevistadas.

Martina e o parto sofrido

Martina teve seu primeiro filho no Uruguai, em 1980. Conta que suas contrações evoluíram muito depressa e que, quando chegou no hospital, teve que fazer força para o neném não nascer na recepção, sem a presença do médico. Foi “como que, sabe, um cavalo que se lança a toda”. A viagem de carro para o hospital “foi fatal assim, eu não conseguia relaxar e ainda sentada, né, num carro, no banco do carona, mas cheguei mas foi brabo. E depois a outra dificuldade que eu tive foi, estando internada, no dia seguinte, primeiro

desceu o colostro, eu dei de mamar e tal, mas durante a madrugada porque fiquei... meu marido ficou no quarto comigo e o neném... é... empedrou, empedrou. Eu chamei as moças de lá pra ver se alguém me ajudava e tal e, como era de madrugada e tal, ninguém apareceu. Então eu tive que me virar que significa nada". Sua segunda filha nasceu no Rio, aos cuidados de um médico que Martina considerou bastante atencioso. A bebê estava encaixada, mas "ela tava com volta de pescoço, o cordão... aí eu queria que não fosse cesárea, sempre queria que fosse natural e tal... "bom, você vai aguentar e eu vou tentar tirar o cordão...". Ele botou a mão dele... e foi terrível!! Terrível!! Depois ele me deu anestesia mas para tirar o negócio, não tinha dado ainda!.. Botou a mão dentro e conseguiu tirar e foi parto natural. Aí depois me deu a... peridural, mas quer dizer... de qualquer maneira foi muito mais sofrido que o primeiro parto, porque o primeiro parto não senti! Quer dizer, imagino que é... essa viagem eu senti porque eram contrações muito muito rápidas, muito aceleradas mas quer dizer, já tava na iminência de... não foi tão rápido porque o médico não tinha chegado porque se fosse, se o médico tivesse lá, se a parteira assumisse toda essa parte, teria chegado e saído. E aí a da Laura já foi com aparelhos que estavam monitorando o sofrimento do nené, não sei o que, já tem uma maior sofisticação inclusive de aparelhagem, coisas assim, mas bom, foi super tranquilo, acabou sendo tranquilo, e com ela não teve dificuldade nenhuma de amamentar".

Martina é fonoaudióloga, com 60 anos, e teve seus dois partos em dois países diferentes, com algumas diferenças no atendimento médico ao parto. Ainda que ambos tenham ocorrido em hospitais particulares com a presença de seu marido, considerou que no pré-natal o médico brasileiro foi mais atencioso e o monitoramento do bebê no hospital maior e mais sofisticado. Os profissionais em cada hospital também tiveram presenças distintas: as enfermeiras no Uruguai deram menos apoio à amamentação, que foi difícil com o primeiro filho.

Em cada parto, as sensações corporais destacadas foram particulares. Sua primeira gestação foi muito curtida, e ela manteve suas atividades de ginástica mesmo com a barriga. No relato do primeiro parto, o foco esteve no trabalho de parto e nas contrações que evoluíram como um galope de cavalo. Martina não falou dessas contrações como dolorosas, mas da intensidade e do intervalo curto que a fizeram temer que o bebê nasceria fora da sala de parto. Não recebeu anestesia alguma – não houve tempo – e, mesmo assim, disse não ter sentido o parto, se comparado ao segundo. Repetiu algumas vezes a dificuldade de amamentar, com o leite “empedrando” logo após o parto.

Na segunda gravidez, houve uma ameaça de parto prematuro, o que a levou a fazer repouso no sétimo mês. Ao contar o segundo parto, ela não mencionou as contrações e sim a manobra do obstetra para retirar o cordão umbilical do

pescoço do bebê, intervenção que evitou uma cesárea, mas que foi extremamente dolorosa. Após isso, Martina recebeu anestesia peridural, e o restante do parto acabou sendo tranquilo.

Em outros momentos de seu relato, Martina qualificou seu primeiro parto como maravilhoso. O momento em si do parto – deu dois puxos e o bebê nasceu – foi mágico e tudo foi tão rápido que não foi difícil. Em comparação, o segundo parto foi caracterizado várias vezes como sofrido. A anestesia – ausente no primeiro e presente no segundo – não alterou essas avaliações. O contraponto esteve na amamentação, que na segunda vez foi fácil e bem-sucedida, sem os problemas do primeiro parto.

Teresa e o corpo por conhecer

Teresa teve três filhos de parto normal em dois casamentos diferentes. Engravidou pouco após o primeiro casamento, quando ainda estava cursando serviço social. “Aí eu fui ao médico pra uma visita de rotina e aí... ele ia viajar em seguida, e aí ele me falou que eu já estava em trabalho de parto. E na realidade eu acho que eu tava mesmo porque aquele tampão, quando eu voltei da consulta, aquele tampão saiu inteirinho. Foi o único filho que eu soube o que que era o tampão de parto mesmo... quando eu cheguei na maternidade que eu tinha muito pouca dilatação, aí foi induzido. Aí foi um parto... não sei se o primeiro ou o que, foi muito doloroso porque eram contrações muito seguidas, muito intensas e rápidas. A consulta foi às 3 da tarde e ela nasceu às duas da manhã, e eu cheguei na casa de saúde por volta de dez horas da noite. Foi rápido!” Ao final da entrevista, Teresa contou que recebeu uma anestesia geral para fazer a episiotomia e com isso só viu seu filho depois que acordou. Seu primeiro marido não esteve presente na hora do parto porque ficava muito nervoso com sangue. A segunda gestação veio já no segundo casamento e acompanhado por outro obstetra. No oitavo mês, o bebê que estava sentado se virou e ela acha que, por conta disso, a bolsa d’água se rompeu. “Só que eu não sei se foi um rompimento... porque foi muito pouca água que saiu, e assim ficou todo o tempo, e aí também eu fui pro hospital e também teve que induzir toda a noite, e... aí foi, esse foi brabo! Porque começou seis, sete horas, né, foi a noite toda, e até... foi nascer meio dia no dia seguinte, então... eu até hoje tenho uma questão se tava mesmo na hora, se foi que na hora...gozado que a gente não sabe”. Desta vez, seu marido esteve presente, Teresa recebeu anestesia peridural e seu médico lhe deu sua filha para segurar assim que ela nasceu. Dois anos depois, engravidou pela terceira vez. No final da terceira gravidez, “acordei e tchum, a bolsa rompeu e aí eu vi o que que era romper uma bolsa porque a outra não... aí falei com meu marido “vamo lá”, pegou a bolsa e tal e “ah tá”, e foi fumar um charuto... eu fui tomar um banho, quando eu acabo... eu acho que ele pensando no anterior que passou a

noite inteira... eu falei "vai nascer!" bom, eu fui pra casa de saúde e fiquei traumatizada no anterior e não queria deitar, fiquei andando, e sentada e conversando... porque o difícil da outra gravidez tinha sido deitar e não conseguir levantar mais... então eu não queria deitar, eu queria ficar sentada conversando. Mas aí o médico "não, mas eu tenho que te examinar", "não, não, pode deixar", aí pedi, eu fui, ele examinou e já tava nascendo literalmente. Aí fui pra sala de parto e foi meio imediato, foi um parto muito fácil". Ela recebeu um pouco de anestesia, mas desta vez não houve nenhuma indução.

Na narrativa de Teresa, que tinha 62 anos quando a conheci, sobressai-se uma percepção retrospectiva dos sinais do trabalho de parto, bem como certa incerteza sobre o corpo nas primeiras experiências. No parto do filho mais velho, ela não "sabia" que estava em trabalho de parto, informação que veio do exame médico. Nesse ela percebeu a saída do tampão mucoso, o que não aconteceu de forma clara nos seguintes. No segundo, sentiu uma perda de líquido sem que ela soubesse naquele momento se havia de fato ruptura de bolsa. No terceiro, sua bolsa se rompeu claramente, o que a faz justificar suas dúvidas no parto anterior. Nesse último, ela já sabia também que ficar deitada era uma posição mais desconfortável para ela durante as contrações.

No relato de Teresa, sua experiência com a anestesia não é referida a dor, que só aparece como resultado da indução do parto nas duas primeiras vezes, não tendo sido necessária no terceiro. O que ela destaca é ter sido apagada no primeiro parto e não ter podido segurar o bebê ao nascer, em contraste com os partos seguintes nos quais recebeu anestesia peridural e segurou os bebês logo após seus nascimentos. Como Teresa, outras três mulheres deste grupo etário contaram ter recebido anestesia geral em seus primeiros partos e não terem visto seus filhos nascerem.

Foi seu segundo parto aquele que ela classificou como "brabo" e que a "traumatizou". Embora o primeiro tenha recebido indução para aumentar a dilatação e tenha sido doloroso, foi mais rápido do que o segundo, também induzido, porém por mais tempo e em posição deitada. A diferença nas anestésias recebidas não surge como fator atenuante na dor. A presença de seu segundo marido, que acompanhou os partos dos filhos, não afetou a percepção do que foi um parto difícil ou fácil, qualificação do último. Cada um dos partos foi realizado por obstetras e equipes distintos, cujas atuações também não foram comentadas. O que parece contribuir para tornar o terceiro parto mais fácil é um conhecimento maior do seu corpo em trabalho de parto, desenvolvido a partir de suas experiências anteriores.

Camila e o saber fazer força

Camila é a única das entrevistadas mais jovens com três filhos, e resolveu realizar seu trabalho como designer em casa, depois que eles nasceram. Teve seu primeiro parto na Espanha, em um hospital público, mas com obstetra particular. Foi um parto normal com anestesia por escolha sua, que ela qualificou como tranquilo. O enfermeiro que a examinou inicialmente questionou se ela estava em trabalho de parto e ela respondeu que o que sentia era sim dor de parto. Foi um parto “controlado”, porque recebeu indução e anestesia. Seu marido esteve presente, mas a falta de sua mãe transformou o pós-parto em uma experiência difícil. Ao engravidar após voltar ao Rio, buscou uma médica conhecida por fazer de fato parto normal e acabou sendo acompanhada por uma obstetra adepta do parto humanizado natural. Sua bolsa “estourou”, mas não foi de imediato para o hospital. Reclamou de seu marido estar pouco atento até ela ter um sangramento ainda em casa, o que o fez “entrar total no parto”. Camila contou que “foi mais intenso assim o parto humanizado”. Não tomou anestesia, como no primeiro parto. “No parto normal eu tive... eu levei dois pontinhos porque como você não sente força, você não sente dor, você não sente nada, acho que eu fazia mais força do que o corpo tava preparado. Com o Gabriel, não, com o Gabriel, eu fazia força, voltava, fazia força, voltava, naquele processo e foi e não teve corte nenhum. Eu não sei se meu corpo já tava mais... já sabia um pouco mais quando eu tava sentindo dor, eu segurava um pouco o corpo [...]_E o terceiro foi muito rápido! O terceiro se eu quisesse nascia em casa! Acho que eu segurei, quando chegou no hospital... foi tão rápido! Eu esperei a médica chegar e aí quando ela chegou, “bum” nasceu! (risos) Acho que ela deu entrada e em 15 minutos nasceu!

A narrativa da Camila, 38 anos, distingue-se das demais do grupo mais jovem não apenas pelo número de partos como também por ser uma das mais econômicas nos detalhes do parto. Ao falar de cada parto, deu menos atenção às suas sensações corporais do que ao estado das relações no seu entorno – a presença oscilante do marido, a ausência da mãe no primeiro, a relação mais íntima com a obstetra nos dois últimos partos e o apoio importante de uma doula no terceiro parto, que entra em cena de forma improvisada. Talvez por isso, os partos em si tenham sido todos qualificados como “tranquilos”.

Contudo, Camila compara seus dois primeiros partos em termos de “controle”. No primeiro parto, a equipe médica interveio com indução, anestesia e episiotomia, o que o tornou “mais controlado”. O segundo parto foi mais “intenso”. Embora ela não tenha ido logo para o hospital quando sua bolsa rompeu, houve o estresse com o sangramento durante o trabalho de parto, e ela não tomou anestesia. Por outro lado, como ela já sabia um pouco mais como fazer

força, conseguiu evitar o corte do períneo. Curiosamente então o segundo parto foi aquele em que ela melhor controlou o seu corpo, em contraste com o primeiro no qual coube à equipe médica essa condução. O terceiro parto figura quase como um aperfeiçoamento do segundo – rápido, no qual ela conseguiu segurar o bebê até a médica chegar ao hospital.

É interessante apontar que a experiência de Camila com a anestesia não foi discutida em termos de alívio da dor. No primeiro parto, ter sido anestesiada afetou o modo como fazia força para o bebê sair – por “não sentir nada”, fazia força além do que o corpo aguentava. Sem anestesia no segundo parto, conseguiu controlar melhor a intensidade e o ritmo dos movimentos de força. Camila também enfatiza como nessa vez conhecia melhor seu corpo – sabia quando sentia dor, conhecia o quanto de força seu corpo estava preparado para receber.

De forma semelhante à Camila, outras mulheres também comentaram como a anestesia impactou o modo de fazer força no momento expulsivo do parto. Gabriela, que no primeiro parto pediu a anestesia porque não aguentava mais a dor, disse que não conseguia fazer força direito: “eu sei que eu tava muito cansada e eu não sei se foi a analgesia mas eu tive muita dificuldade pra fazer força. Eu não sabia como fazer”. Teve um segundo parto sem anestesia, de cócoras. Carla, por sua vez, teve uma analgesia leve no primeiro parto, elogiada e explicada por ela assim: “no fim, quase em dilatação total, que é assim você já tá exausta, você não tem mais força, energia e ao mesmo tempo é a hora que você tem que fazer força, quando chega na dilatação total (...) só que você não tem mais força que a dor tá te tirando toda a concentração”. No seu segundo parto, recebeu uma anestesia mais forte – por isso a percepção da primeira como leve – que inicialmente dificultou sua movimentação, mas permitiu depois que conseguisse fazer a força necessária para o bebê nascer.

Tatiana e o medo de ficar paralítica

Tatiana foi a única entrevistada que teve duas cesáreas sem trabalho de parto, justificadas por diabetes gestacional e pouco líquido amniótico. Na segunda gestação, ainda tentou esperar entrar em trabalho de parto, mas seu obstetra e seus pais médicos acharam que os riscos eram altos. Em ambos os partos, teve muito medo de “ficar paralítica” por causa da anestesia e preferiu não receber explicações do anestesista sobre o procedimento. Seu pai e o seu marido acompanharam suas cesáreas. “Aí fui pro primeiro, tava calma, não tava com medo [enfática], com nada disso, aí tomei primeiro a anestesia, puseram a sonda que é... pra mim, mais humilhante que isso não existe, né, e aí teve a cirurgia, pra mim o parto foi supertranquilo, o do Pedro eu não senti nada, eu não senti doer, eu não senti

nada disso. Já da Ana, não. Eu fui já tendo mais uma noção do que que era e pensando assim “ah, eu tirei de letra o primeiro, porque eu vou ter problema no segundo?”, e não foi. Eu acho que teve alguma medicação diferenciada na anestesia, eu não sei, eu lembro que no parto do Pedro eu senti muito um gosto metálico na boca que ficou um tempo depois do parto. Da Ana eu não senti isso. Em compensação, eu senti o parto inteiro – puxar, tirar – e aí depois eu fiquei sentindo muita dor do lado esquerdo, muito tempo, eu reagi um pouco no ponto e a minha cicatrização, tanto que do lado esquerdo a cicatriz ficou horrorosa! Teve a diferença dos dois... [Quando] a Ana nasceu, eu subi pro quarto e eu ficava o tempo inteiro assim “meu Deus, eu tenho que mexer meu pé porque eu não posso ficar paralisada, eu não posso” (risos), quando eu cheguei no quarto, eu tinha acabado de chegar no quarto ...aí eu comecei a mexer meus pés e pensei “Graças a Deus não fiquei paralisada!” (risos)

Na narrativa de Tatiana, 38 anos, administradora em uma empresa estatal, suas duas cesáreas são diferenciadas pela experiência com a anestesia. Na primeira vez, ela não sentiu nenhum movimento do obstetra ao retirar o bebê. Ficou apenas um “gosto metálico na boca” e a “humilhação” de ter que por uma sonda urinária. Na segunda vez, já sabia como era e não esperava sentir nada, mas foi o contrário – sentiu puxar, tirar e ficou com dor depois. Tatiana atribuiu a diferença ao uso de medicações distintas, daí o gosto estranho na primeira cesárea, que não sentiu na segunda.

No seu relato, há uma ênfase na gestação e parto como situações de risco (LUPTON, 1999). Se, por um lado, a cesárea era vista pela obstetra e pelos pais como mais segura por conta de suas condições gestacionais, para ela a cirurgia trazia o medo da anestesia. Contudo, seu temor foi maior no segundo parto do que no primeiro. Já sentia medo de hospital desde pequena, mesmo tendo pais médicos. Sua segunda gestação foi tumultuada não apenas pela diabetes gestacional como também pelo adoecimento dos sogros. Assim, quando foi ter sua filha, comentou ter ficado muito preocupada de se separar do seu filho mais velho e ter alguma complicação com a anestesia que lhe impedisse de cuidar dele.

O temor de “ficar paralisada” ecoou a experiência de Carla, que no segundo parto ficou com uma das pernas paralisada por conta de uma anestesia forte. Aqui aparece outra dimensão da anestesia – afetar não apenas a sensibilidade à dor, mas a mobilidade do corpo. Se esse é um efeito temporário da anestesia, Tatiana temia ter algum problema sério durante a cesárea e ter suas pernas paralisadas para sempre. Havia o medo de uma perda geral de controle do seu corpo e de sua vida, dificultando seu exercício da maternidade. Sua narrativa, ao contrário de outras, destaca assim a passividade do seu corpo, termo que ela

mesma usa, dada tanto pela ação dos médicos no seu corpo anestesiado quanto pelo uso da sonda urinária e pelo temor de uma paralisia permanente. O contraponto é o humor presente em muitos momentos da sua narrativa, que relativiza o medo relatado, afirmando sua agência como narradora que escolhe como quer contar sua história (RIESSMAN, 1993), diminuindo nesses momentos humorosos o significado de sua passividade corporal.

Considerações finais

Quero destacar, nesta seção final, algumas recorrências entre as narrativas de parto através de dois eixos de análise que se articulam. O primeiro é o modo como o corpo é percebido através de várias sensações, além da dor no trabalho de parto. O segundo é a forma como falam da anestesia, presente em muitos partos, mas não todos, pondo em cena uma vivência corporal associada à subjetividade. Em ambos os recortes, valores sociais e morais e as interações sociais no momento do parto atravessam a experiência do corpo.

Todas as mulheres lidam, em seus primeiros partos, com sensações desconhecidas até então. As contrações de Martina evoluíram com mais rapidez do que ela imaginava. Teresa não sentiu o início do trabalho de parto nem, em seu segundo parto, se havia ocorrido mesmo ruptura de bolsa. Camila teve que negociar com o enfermeiro espanhol se estava ou não em trabalho de parto. Tatiana encarou com medo a anestesia de suas cesarianas, achando que podia ficar paralisada. Entre as mais jovens, em contraste com as mais velhas, havia mais presentes noções claras do que era esperado, ainda que não soubessem como sentiriam o trabalho de parto ou a cesárea. Aparece assim uma corporalidade que parece estar sendo descoberta, como sugere Duarte (1999).

Nas narrativas de ambos os grupos, as mulheres se alternam entre descrever o que aconteceu (a bolsa rompeu, a contração acelerou) em termos fisiológicos e apontar o que e como sentiram. Muitas sensações descritas giram em torno da dor, mas não apenas, exemplo de Tatiana que sentiu o gosto metálico da anestesia. Em várias dessas experiências, a percepção sensorial do corpo foi mediada por outras pessoas – maridos e especialmente médicos, enfermeiros e doulas. Martina destaca o papel das enfermeiras na amamentação, seja pela falta de orientação no primeiro parto, seja pela ajuda importante no segundo. Teresa ouviu do obstetra que ela estava em trabalho de parto, quando não sentia nada ainda. A negociação de Camila no primeiro parto consistia em rebater a informação da pouca dilatação dada pelo enfermeiro com as dores que ela sentia. O sangramento no segundo parto é percebido como sério quando seu marido

passa a participar do trabalho de parto. Curiosamente é Tatiana que, em seu relato da passividade na cesárea, fala das suas sensações com a anestesia sem mediação alguma. Embora comente sobre a presença de seu pai na cesárea, ela não interfere no modo como sente seu corpo.

Essa mediação implica dois aspectos. O primeiro diz respeito à nomeação das sensações corporais, especialmente por profissionais da saúde, que organizam a experiência, como Bourke (2014) aponta em relação à dor. Contudo, esses enquadramentos nem sempre são aceitos passivamente pelas mulheres. Destaco em particular os relatos de negociação mais comuns entre as mulheres mais jovens, em contraste com as mais velhas, que mais frequentemente recebiam afirmações categóricas e procedimentos impostos pelos médicos.

Assim, se todas as narrativas discutem sensações desconhecidas, a tônica delas não parece ser sempre a perda de controle de si ou do corpo, como nos estudos de Carter (2010) e Lupton e Schmied (2013). Martina, que no primeiro parto achou que o bebê nasceria na recepção do hospital, contou como conseguiu “segurar” e esperar seu obstetra chegar. Camila, por sua vez, conta como nos segundo e terceiro partos fazia força junto com as contrações e evitou a necessidade da episiotomia feita no primeiro parto. Tatiana afirma sim a estranheza da passividade do corpo na cesárea, mas chama atenção sobre o quanto sentiu o corpo nos dois partos – o gosto na boca do primeiro, os movimentos do obstetra no segundo. Assim, o quanto controlam e sentem o corpo é mais tematizado do que a perda do controle corporal.

A vergonha com a exposição do corpo e a perda da intimidade no parto, preocupação das mulheres sul-africanas estudadas por Chadwick e Foster (2014), tampouco figuram como questão nas narrativas dessas quatro mulheres e nas demais. A humilhação comentada por Tatiana sobre o uso da sonda urinária parece falar mais da sensação de perda de controle de si infligida por outros, um sentimento de rebaixamento (KATZ, 2013).

Também não vejo nos relatos a dualidade “corpo em trabalho de parto” e “eu encarnado”, como sugerem Akrich e Pasveer (2004). Mesmo quando falam das sensações desconhecidas, que poderiam pôr em foco um corpo separado do eu, o que predomina é um eu encarnado, cujas sensações são experiências não apenas físicas como também subjetivas. Por isso, como desenvolvo em outro trabalho (REZENDE, 2019), as menções a dor no parto não se referem somente a uma dimensão fisiológica. As narrativas trazem a dor como evento (BOURKE, 2014), pondo em questão a dimensão da agência das mulheres em um parto medicalizado, ao mesmo tempo marcado por sentidos culturais de maternidade. Entre as mais velhas, ela aparecia relacionada a episódios ou procedimentos

médicos não esperados e vivenciados. Entre as mais jovens, era o fio condutor da experiência de perceber até onde resistiam sem anestesia. A referência à dor era então uma reação afetiva a situações imprevistas ou novas, pondo em questão sua possibilidade de agência diante da equipe médica e em sua relação consigo mesma.

Há nesses relatos tensões em torno da anestesia, que são discutidas por Bourke (2014). Por um lado, a anestesia traz o alívio da dor, ainda que com possíveis efeitos colaterais. Por outro, seu uso produz “ansiedades morais”, tais como a possibilidade de adição e a perda da dor como sistema de alerta. Igualmente relevante, a passividade e perda de sensibilidade do corpo e consciência não apenas afetam a agência, mas eliminam a demonstração de coragem e autocontrole, valores especialmente presentes em alguns segmentos sociais. Não à toa então, Bourke pondera que, embora o éter e o clorofórmio datem de meados do século XIX, a anestesia nem sempre é utilizada, e muitos pacientes ainda sofrem com a dor (2014, p. 272).

Essas questões estão presentes em certos sites mais radicais de parto humanizado, como apontam Russo *et al.* (2019). Neles, a dor é vista como importante para organizar a experiência do parto. A dor poria a mulher em contato com seu corpo, tornando-se uma voz interna a guia-la durante o parto. Os hormônios liberados no momento do parto também contribuiriam para produzir uma sensação de êxtase, dando “garra” à mulher para ir até o fim. Neste sentido, o parto sem anestesia permitiria uma vivência intensa, transformadora e empoderadora para a mulher.

Nas narrativas que analiso aqui, ainda que de forma variada, a experiência com a anestesia tem uma dimensão não só corpórea como também subjetiva, relacionada ao controle de si, que, por sua vez é afetado pelas interações durante o parto. Em alguns depoimentos, ela diminui a dor e permite retomar a concentração da força que precisam fazer no momento final do parto. Em outros, é a anestesia que perturbaria o controle do corpo, como contou Camila, que conseguiu fazer força melhor sem analgesia. Por fim, mesmo na cesárea de Tatiana, a anestesia não elimina completamente a sensibilidade corporal. Portanto, retomando a referência ao dispositivo da sensibilidade proposto por Duarte (1999), está em questão aqui um sentido de si que é ao mesmo tempo fisiológico, emocional e cognitivo.

Além dessas dimensões, a vivência da anestesia é atravessada pela interação com os profissionais de saúde, não apenas os obstetras como também anestesistas e enfermeiras. A ausência de consulta sobre o seu uso entre as mais velhas pode sugerir uma visão dos médicos de que elas são “fracas” e não aguentam a dor,

como disse Ana, outra entrevistada. Os relatos detalhados das mais jovens mostram como em vários momentos tiveram que lidar com a opinião crítica dos profissionais sobre sua relação com a dor. A passividade sentida por Tatiana só se torna humilhante na medida em que o controle de si e do corpo são valorizados, exemplarmente demonstrados na narrativa de Camila. Há, portanto, nessas experiências a relação com julgamentos morais referidos às mulheres, vistas como mais emotivas (LUTZ, 1990) e com um corpo mais “natural”, menos controlável (MARTIN, 2006; ROHDEN, 2008).

Assim, as narrativas de parto variam não apenas entre as mulheres, como também entre suas gestações. Em comum, temos o relato de um eu cujo conhecimento corporal foi cumulativo e retrospectivo, partindo de sensações desconhecidas no primeiro parto. Está presente aqui a visão do corpo que contém uma lógica própria, particular a cada mulher e descoberta através de vivências ao longo do tempo. Ainda que esta corporalidade na gestação e parto não se apresente como dimensão aberta às interferências de outras pessoas ou seres, caso dos Munduruku estudados por Dias-Scopel (2015), a relação com o corpo é atravessada não apenas pelas interações com a equipe médica, pela presença ou ausência do marido e de doulas, como também por julgamentos morais. Assim, a experiência corporal e subjetiva do parto em um cenário medicalizado é múltipla e mediada pelas relações sociais e valores morais nos quais estão inseridas as mulheres estudadas.

Referências

- AKRICH, Madeleine; PASVEER, Bernice. (2004). Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives. *Body & Society*, v. 10, n.2-3, p. 63-84. <https://doi.org/10.1177/1357034X04042935>.
- ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. (1987). *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Editora Campus.
- BOURKE, Joanna. (2014). *A Story of pain: from prayer to painkillers*. Oxford, Oxford University Press.
- BRUNER, Edward. (1986). Experience and its Expressions. In: TURNER, Victor W.; BRUNER, Edward M. (orgs.). *The Anthropology of Experience*. Chicago, University of Chicago Press, p. 3-30.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. (2015a). *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- (2015b). “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, v.20, p. 91-112. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>.
- CARTER, Shannon K. (2010). Beyond control: body and self in women’s childbearing narratives. *Sociology of Health & Illness*, v. 32, n. 7, p.993-1009. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2010.01261.x>

- CHADWICK, Rachele Joy; FOSTER, Don.
(2014). Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. *Health, Risk & Society*, v. 16, n.1, p. 68-83.
<https://doi.org/10.1080/13698575.2013.863852>.
- CHAZAN, Lilian K.
(2007). “Meio quilo de gente”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- CSORDAS, Thomas.
(2008). *Corpo/significado/cura*. Porto Alegre, Editora UFRGS.
- DAVIS-FLOYD, Robbie.
(1993). The Technocratic Model of Birth. In: HOLLIS, Susan Tower; PERSHING, Linda; YOUNG, Jane M. (orgs). *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Urbana, University of Illinois Press, p. 297-326.
- DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva.
(2015). *A Cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto*: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Brasília, Paralelo 15.
- DINIZ, Simone.
(2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 3, p. 627-637.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias.
(1999). O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 21-30.
- HALBWACHS, Maurice.
(1990). *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice.
- KATZ, Jack.
(2013). Massacre Justo. In: COELHO, Maria Claudia (org.). *Estudos sobre Interação*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- LE BRETON, David.
(2013). *Antropologia da Dor*. São Paulo: Ed. UNIFESP.
- LUPTON, Deborah.
(1999). Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment. In: LUPTON, Deborah (org.). *Risk and Social Cultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press, p. 59-85.
- LUPTON, Deborah; SCHMIED, Virginia.
(2013). Splitting bodies/selves: women’s concepts of embodiment at the moment of birth. *Sociology of Health & Illness*, v. 35, n. 6, p. 828-841.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01532.x>.
- LUTZ, Catherine.
(1990). Engendered emotion: gender, power, and the rhetoric of emotional control in American discourse. In: LUTZ, Catherine; ABU-LUGHOD, Lila (orgs.) *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 69-91.
- MARTIN, Emily.
(2006). *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond.
- MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos.
(2008). ‘Users’ and providers’ perspectives on technological procedures for ‘normal’ childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Pública de Mexico*, v. 50, n.1, p. 40-48.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342008000100010>,
- MOL, Annemarie.
(2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham e Londres, Duke University Press.
- NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio.
(2017). O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis*, v. 27, n. 3, p. 415-432. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300415&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2020.

- PULHEZ, Mariana Marques.
(2013). "Parem a violência obstétrica": a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, p. 544-564. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20C0py.pdf>. Acesso em: 1º ago. 2019.
- RABELO, Miriam *et al.*
(1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- REZENDE, Claudia Barcellos.
(2011). The experience of pregnancy: subjectivity and social relations. *Vibrant*, v.8, n.2, p.529 - 549, <https://doi.org/10.1590/S1809-43412011000200026>.
- REZENDE, Claudia Barcellos.
(2019). A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro. *Anuário Antropológico* [Online], II/2019: 261-280. Disponível em <http://journals.openedition.org/aa/4019>; DOI: 10.4000/aa.4019. Acesso em: 12 fev. 2020.
- REZENDE, Claudia Barcellos.
(2020). Sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. *Sociologia & Antropologia*, v. 10, n. 1, p. 201-220. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752020000100201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.
- RIESSMAN, Catherine Kohler.
(1993). *Narrative Analysis*. Londres: Sage Publications.
- ROHDEN, Fabíola.
(2008). O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.15, supl., p.133-152. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500007>.
- RUSSO, Jane *et al.*
(2019). Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, v. 25, n. 2, p. 519-550. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132019000200519&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 ago. 2019.
- SALEM, Tania.
(2007). *O Casal Grávido: Disposições e Dilemas da Parceria Igualitária*. Rio de Janeiro: Ed. FGV.
- SILVA, Fernanda *et al.*
(2019). "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e sociedade*, v. 28, n. 3, p. 171-184. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300171&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2020.
- TORNQUIST, Carmem Susana.
(2002). Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. *Revista Estudos Feministas*, v.10, n.2, p.483-492. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.

Recebido em
maio de 2020

Aprovado em
julho de 2020