

A PERFORMANCE DA CRISE: PARTOS E HOMENS ACOMPANHANTES EM UMA MATERNIDADE NA CIDADE DE MANAUS - AM

Jefferson Queiroz de Pinho¹ e Márcia Regina Calderipe Farias Rufino²

Resumo:

O artigo apresenta uma breve etnografia sobre as situações de crise vividas por mulheres em trabalho de parto e seus “acompanhantes” em uma maternidade localizada na cidade de Manaus. A descrição das experiências no parto é realizada a partir do ponto de vista dos homens “acompanhantes”, considerando que, junto com as mães, experienciam o momento de nascimento de suas/seus filhas/os, atendendo às expectativas quanto a um parto considerado saudável e o que representa a paternidade para estas famílias. As situações de crise são apresentadas e analisadas em momentos nos quais as mães, pais, seus “bebês” e os “funcionários” da maternidade performatizam interações que envolvem conflitos e acomodações entre os desejos, medos e limites em relação aos serviços que são oferecidos. Através da fala dos “acompanhantes” e da exposição de minha experiência percebo que a violência obstétrica está presente nos atendimentos e é um temor para pais e mães, sendo essa violência que desencadeia as crises.

Palavras-Chave: violência obstétrica; crise; performance.

Abstract:

The article presents a brief ethnography about crisis situations experienced by women in labor and their “companions” in a maternity hospital located in the city of Manaus. The description of the experiences in the delivery is made from the point of view of the “accompanying” men, considering that together with the mothers they experience the moment of birth of their children, meeting the expectations regarding a child considered healthy and what the paternity represents for these families. Crisis situations are presented and analyzed at times when mothers, fathers, their “babies”, and “maternity staff” perform interactions involving conflicts and accommodations between the desires, fears, and limits regarding the services that are offered. Through the speech of the companions and the exposition of my experience, I realize that obstetric violence is present in the care and is a fear for parents, being this violence that triggers the crises.

Key-Works: obstetric violence; crisis; performance.

¹ Graduado em Ciências Sociais, pela Universidade Federal do Amazonas e Mestrando na mesma instituição, no Programa de Pós Graduação em Antropologia Social (PPGAS). E-mail: jeffersonqueirozdepinho@gmail.com

² Profa. Dra. do Departamento de Antropologia e Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) da Universidade Federal do Amazonas(UFAM). Atualmente é Co-coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Gênero, Sexualidades e Interseccionalidades (GESECS-UFAM) e membro do Núcleo de Antropologia Audiovisual e Estudos da Imagem e Grupo de Antropologia Urbana e Marítima (NAVI-GAUM-UFSC) E-mail: marciacalderipe@yahoo.com.br

Introdução

Este artigo apresenta uma reflexão sobre a experiência do parto para homens e mulheres numa maternidade da cidade de Manaus/AM. Além de trazer minha experiência³ e de minha companheira, dialogo com outros pais e mães presentes no período em que estivemos no hospital. Alguns eventos dentro do evento maior, que é o parto enquanto rito, serão destacados seguindo as pistas deixadas pela fala dos “acompanhantes”⁴ que serviram como guia para os pontos a serem destacados.

Ao denominar como performance da crise busco compreender o *drama social*⁵ (TURNER, 2008) vivido por pais e mães num momento considerado liminar e como interação entre si e com as/os “funcionários” do hospital. Seguindo as observações de Turner (1974:13), a performance constitui-se como a substância da vida social, trata-se da forma como o eu apresenta-se na vida cotidiana, o que inclui, por exemplo, a forma como seguimos as regras ou as quebramos, a transformação de estado e status vivenciado pelas pessoas. Como observa Schechner (2003):

Performances marcam identidades, dobram o tempo, remodelam e adornam o corpo, e contam estórias. Performances de arte, rituais, ou da vida cotidiana são comportamentos restaurados, comportamentos duas vezes experienciados, ações realizadas para as quais as pessoas treinam e ensaiam. (Schechner, 2003, p. 27)

As performances são descritas com foco especial nos momentos que denomino como *crise*, apropriando-me da categoria desenvolvida por Turner (1974) que a entende como um mecanismo de reprodução social presente rotineiramente na vida, sendo um momento de cisão ou ruptura, de transição de um estado social para outro, podendo levar a novos arranjos. As crises nas relações citadas acontecem em decorrência das violências sofridas na maternidade e dos temores advindos com isso, elas desestabilizam as pessoas envolvidas e requerem uma resposta imediata. O que identifico como violência obstétrica pode ser considerado como o estopim destes momentos de crise que serão descritos por meio das

³ Eu e minha orientadora, co-autora deste artigo, optamos por manter o texto em primeira pessoa para enfatizar a experiência vivida na maternidade. A discussão presente neste artigo tem sido tema de reflexão no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero, Sexualidades e Interseccionalidades – GESECS/UFAM, ao qual estamos vinculados.

⁴ Categorias êmicas como “grávida”, “acompanhante” e “funcionário” serão destacadas com aspas e definidas ao longo do texto.

⁵ A partir da proposta de Van Gennep (2011) sobre os ritos, Turner (1987, 2008) propõe o modelo de drama social que surge em situações de conflito e, tipicamente, possui quatro fases: 1) ruptura, 2) crise e intensificação da crise, 3) ação reparadora, e 4) desfecho, terminando em harmonia ou cisão. Turner (2008) afirma que tal conceito surgiu a partir dos estudos das relações humanas, nas quais identifica um caráter dinâmico e processual.

cenar que se dão no hospital⁶. Nestas cenas, as pessoas utilizaram estratégias, enquanto jogo social (BOURDIEU, 2004), tentando garantir a realização de procedimentos adequados no processo do parto. Para o autor, a estratégia é produto do sentido prático, sendo que, nesta ideia, estratégia e prática são quase sinônimos.

O espaço físico da maternidade também pode ser pensado enquanto um espaço liminar (TURNER, 2012), assim como o estado e status que os pais e o próprio feto ou recém-nascido vivenciam. Como espaço liminar, a experiência ali vivida caracterizou-se por muitas dúvidas, medos e incertezas quanto ao desfecho dos acontecimentos que poderiam trazer a vida e, em última instância, a morte. Embora o hospital maternidade incentivasse os partos ditos naturais⁷ e trabalhasse com a ideia de humanização, observada nos materiais fixados nas paredes em forma de orientação sobre, por exemplo, o direito das mulheres a um “acompanhante” em todos os setores do hospital maternidade, a palavra *humanização* em nenhum momento foi dita⁸. Também estava fixado em algumas das paredes do hospital o aviso “desacatar funcionários públicos no serviço de sua função é crime e resulta em prisão...”, aviso que minha companheira e eu julgamos ser uma forma de intimidar a reação a uma possível agressão ou erro por parte dos profissionais.

O ponto de vista em destaque é a perspectiva dos “acompanhantes” homens, evidenciando também o protagonismo das mulheres até o momento em que a criança nasce quando parte deste foco passa a ser maior para o recém-nascido e o *acompanhante* continua no mesmo status de apoio. Cinco homens, contando comigo, disponibilizaram-se a colaborar com o trabalho⁹. Grande parte das informações passadas por eles entraram em concordância com a perspectiva das “grávidas” e mães que acompanhavam. Pude conversar bem mais com eles do que com elas, com exceção de minha companheira e de outra parturiente, Laura, a

⁶ Tomando como referência Diniz (2005) considero a assistência como construto social, sendo reveladora da variabilidade cultural e do caráter ritual presente nas sociedades.

⁷ Segundo Salem (2007), a realização do parto natural sem intervenção médica constitui-se num evento familiar que faz parte do ideário do casal grávido. Nesta situação, trata-se de um ideal de conjugalidade e sociabilidade em que modelos hegemônicos de paternidade, por exemplo, dão lugar a uma participação intensa de ambos em todos os momentos da gravidez e do parto. Embora presentes no parto, não significa que os homens com quem dialoguei sigam esse ideário.

⁸ Segundo Tornquist (2002), o movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil surgiu a partir do final dos anos de 1980. Dentre as organizações que passaram a fazer a crítica ao modelo hegemônico de atenção ao parto e ao nascimento, encontra-se a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) que seguiu as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), para definição daquilo que seria desejável em termos de parto e nascimento: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto; ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões em que não há hospitais; a redução ou eliminação de rotinas hospitalares intervencionistas. Há uma crítica ao modelo tecnocrático, no qual a tecnologia se sobrepõe às relações humanas e haveria uma suposta neutralidade de valores, segundo Diniz (2005). Para esta autora, a interação resultante da crítica à assistência “(...) levou a uma multiplicidade de perspectivas, de iniciativas pessoais e institucionais, políticas públicas, conflitos, colaborações, divergências e convergências. O movimento pela humanização do parto no Brasil é um movimento de diversos, que se abriu, não sem conflitos, ao diálogo e à interfecundação” (DINIZ, 2005:631).

⁹ O trabalho de campo foi realizado por meio da observação participante e conversas (DA MATTA, 1983; FOOTE-WHITE, 2005) no hospital, além de entrevistas via telefone.

primeira com a qual estabeleci contato no setor de pré-parto¹⁰. Mas a confirmação das informações por parte delas foi fundamental para reforçar as informações passadas pelos “acompanhantes”.

Os “acompanhantes” com os quais pude conversar foram homens que demonstraram maior abertura para conversas exploratórias iniciais, assim como maior inclinação para colaborar com o trabalho, disponibilizando seus números de celular para consultas futuras. Penso que isso ocorreu por conta de uma espécie de solidariedade paterna, entendida como *communitas*¹¹, que foi se consolidando nos momentos de crise.

Do total de cinco “acompanhantes”, contando comigo, a maioria estava presente nas situações de crise descritas a seguir, assim como na mesma maternidade e setores, com mais ou menos tempo, em referência ao momento em que entramos e saímos da maternidade. Os “acompanhantes” tinham idade mínima de 25 anos e máxima de 45 anos. A maioria de nós teve sua/seu primeira/o filha/o, dois deles não mantiveram relação com a mãe de seus filhos durante a gestação, sendo os únicos que não expressaram sentir medo do que poderia vir a acontecer neste processo. Dois homens consideraram o atendimento péssimo e os outros três o consideraram bom (eu me incluo). Todos apresentaram críticas decorrentes das interações que resultaram em alguma forma de violência, em sua maioria violência obstétrica do tipo psicológica, ou seja, os momentos de crise citados pelos “acompanhantes” giraram em torno da “grávida” e do “bebê” como descreverei a seguir. Para refletir sobre violência obstétrica tomei o conceito de Medina (2010: 120) que afirma o seguinte:

La violencia obstétrica es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Trata-se de uma conceituação genérica que precisa ser pensada a partir das observações e vivências de meus interlocutores e enquanto pai. Partes destas violências sofridas foram expostas na fala dos “acompanhantes”, algumas pelas companheiras dos respectivos ou que mesmo pude presenciar. Em todos os eventos, a agressão foi verbal ou psicológica e também física.

¹⁰ Ao referir-me a pré-parto e pós-parto estou indicando setores da maternidade. O parto ocorreu no setor de pré-parto e após o nascimento mãe, filha/o e “acompanhante” são encaminhados ao setor denominado pós-parto.

¹¹ Turner (1974:6-8) conceitua *communitas* como “um relacionamento entre seres humanos plenamente racionais cuja emancipação temporária de normas sócio estruturais é assunto de escolha consciente, a liminaridade é muitas vezes, ela própria, um artefato (ou ‘mentefato’) de ação cultural.” E, ainda, como uma modalidade “extra”-estrutural, ou “meta”-estrutural do inter-relacionamento social.

Este artigo compõe-se de três partes divididas de acordo com os momentos do processo de parto. O *primeiro ato – Antes do parto, preparando o caminho* – apresenta nossas primeiras experiências ao sermos nominados como pais, a escolha da maternidade e o primeiro momento de crise. No *segundo ato – Os procedimentos no pré-parto* – conto como chegamos e fomos atendidos assim que adentramos o Hospital Maternidade. Defino as categorias “acompanhante” e “funcionário”, assim como o desenvolvimento dos conceitos de drama social e liminaridade de Victor Turner (1987, 2008), citando outros quatro momentos de crise. No *terceiro ato – Com minha/meu filha/o nos braços* – conto nossas experiências a partir do nascimento de nosso primeiro filho nos setores denominados pré-parto e pós-parto. Por meio dos conceitos de performance (SCHECHNER, 2012) e estratégia (BOURDIEU, 2004) apresento os demais momentos de crise vividos pelos “acompanhantes”, a solidariedade paterna e suas relações com os “funcionários” da maternidade.

Primeiro ato – Antes do parto, preparando o caminho

Em março de 2017, eu e minha companheira iniciamos nossa jornada enquanto pais quando, no caminho para uma feira de variedades no Bairro Parque 10 de Novembro, ela fez um teste de gravidez¹² que confirmou o resultado positivo. Sabíamos da possibilidade de sua gravidez e já cogitávamos ter um filho, caso fosse confirmado. Mais tarde, fizemos outro exame de sangue em laboratório clínico, considerado mais preciso e seguro, que apresentou o mesmo resultado.

Parece-me que quando as pessoas do seu meio descobrem que você será pai/mãe, automaticamente você passa a receber uma enxurrada de informações provenientes de experiências vividas por outros pais e mães (em especial mães); referente a certos cuidados, más e boas experiências relativas a este momento que é o parto, transformando-se em conselhos aos pais novíços.

Além disso, após os momentos de alegria da notícia de um filho, vem uma enxurrada de preocupações que envolvem o processo de desenvolvimento do feto e o parto. Neste período, medos relacionados a uma possível má formação do feto foram sendo dissipados a cada ultrassom e exames que confirmaram sua boa saúde. Depois do último exame, o medo que permanecia era relacionado ao nascimento da criança ou ainda a problemas que pudessem ocorrer durante o mesmo.

¹² A feira chama-se FUÁ, organizada mensalmente com o apoio do Estado do Amazonas e o teste de gravidez foi comprado em uma farmácia.

Baseados nas informações passadas por outros, concluímos que a melhor opção seria uma clínica particular se tivéssemos dinheiro para tal, mas não era o caso. Então, nos restava encontrar a melhor opção dentre os Hospitais Maternidade da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Tivemos o privilégio de poder escolher, mesmo que “de última hora” aquele que oferecia as melhores condições em termos de infraestrutura e, sobretudo, quanto aos métodos e procedimentos utilizados, como a possibilidade de o pai estar presente no nascimento.

Em 23 de dezembro de 2017, demos entrada no hospital maternidade¹³, ela como “grávida”, eu enquanto “acompanhante”, na cidade de Manaus. As dores provocadas pelas contrações uterinas indicaram o início do trabalho de parto, às 2h da manhã, do mesmo dia. Chegamos à maternidade às 6 h da manhã e, após quase vinte horas em trabalho de parto, nasceu nosso primeiro filho, às 21 h. Depois de cerca de quarenta e nove horas de internação após o nascimento, meu filho e minha companheira receberam alta, no dia 26, encerrando aí nossa experiência na maternidade. Para receber nosso filho, como foi dito, havia muita ansiedade e medo antes do parto, mas nada comparado ao momento crucial do parto, sendo que minha companheira afirmou que eu estava muito mais emotivo e com medo da situação do que ela própria. O meu maior medo era que um deles pudesse vir a óbito neste processo e que sofressem algum tipo de violência relatada por nossos conhecidos, medo que aumentou exponencialmente ao chegar à maternidade e saber de uma experiência negativa de um amigo que será relatada a seguir. Tais medos estavam intimamente ligados a situações de violência obstétrica e estas, por sua vez, são os motivos das crises citadas nesse artigo.

O primeiro momento de crise aconteceu com um relato de meu amigo de infância, o Nielson, que encontrei na recepção do hospital quando acompanhava a mãe de seu filho/a. Ele relatou-me que sua/seu filha/o havia morrido ainda na barriga da mãe. Enfaticamente destacou que a história da morte de sua/seu filha/o não fazia sentido e demonstrou extremo descontentamento para com o hospital:

Como pode uma coisa dessas?! Ontem nós viemos na maternidade, estava tudo bem, o coração estava ok, daí ela começou a sentir dores hoje, chegamos aqui e deram a notícia que o bebê já estava morto há dois dias. Como pode isso?! Vou correr atrás disso aí!

E, ainda me aconselhou, olhando-me nos olhos, de perto e em voz baixa: “Fica de olho, fica de olho nesse pessoal!”. Orientou-me, com suas poucas palavras, a ficar atento aos

¹³ A identidade dos indivíduos envolvidos e da maternidade será preservada, pois não há necessidade de exposição para chegar-se ao objetivo deste trabalho, o qual não intenciona desqualificar ou incentivar o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo contrário, já que nesta maternidade regra e exceção são aparentemente inversas.

procedimentos do local, visando proteger minha companheira e filho ainda em seu ventre e em trabalho de parto.

Observei, em seus gestos e na sua fala, a denúncia da ocorrência de violência que resultou no pior resultado imaginável, que foi o óbito de uma das partes diretamente envolvidas no parto. A morte foi citada por dois dos “acompanhantes” como o pior que poderia acontecer. Não pude deixar de me sentir afetado pelo ocorrido.

Favret-Saada (2005) discute a questão do envolvimento ou ainda proximidade entre pesquisador e objeto, numa relação onde este se deixa afetar e afeta as vidas envolvidas nas relações do local/evento em questão, situação que vivenciei nessa crise e com meus interlocutores nos demais momentos de abalo emocional.

Na minha estratégia enquanto “acompanhante” tentei fazer com que o meu amigo não falasse muito alto e despertasse o descontentamento dos “funcionários”, resultando em violências e maus-tratos por parte destes para com minha companheira e futuro filho. E, ao mesmo tempo, tentava disfarçar o impacto que a informação dele me causou na entrada do local, aonde eu já chegara carregado de temores causados pelo medo da violência obstétrica, em um malabarismo entre manter a calma e procurar dar algum consolo ao amigo em questão.

Esse temor e os fatos relatados podem ser comparados ao da fala de uma parturiente no RJ, apresentada no texto de Pulhes (2013: 547), que sofreu com procedimentos inadequados:

(...) meu marido ficou brigando no hospital, indo atrás de conversar com a diretoria, fazendo escândalo, ele, a doula, e não teve jeito, ele não acompanhou o trabalho de parto, ele não pôde ficar comigo, nem a doula¹⁴...E assim, chamaram ele, o neném tava saindo e ainda botaram fórceps¹⁵ sem necessidade (...) Por quê? Porque tavam fazendo auê na porta do hospital, eu era a barraqueira, né, que tava lutando pelos direitos, então ‘vamos judiar dessa vagabunda’! Foi isso que eu passei!

O hospital maternidade escolhido faz parte da rede pública de hospitais e isto já estava predeterminado por nós na escolha de “onde ter o nosso filho”. A exigência de minha companheira era que fosse em alguma maternidade que priorizasse o parto normal. Segundo Whithe & Schouthen (2013: 85):

¹⁴ Na Grécia antiga, mulher que auxiliava a parturiente na hora do parto. Atualmente, mulher que orienta gestantes a fazer exercícios físicos para diminuir as dores da bacia e o desconforto geral. (Fonte: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/Doula/>)

¹⁵ Instrumento cirúrgico em forma de pinça com hastes articuladas, especialmente usado para puxar a cabeça do feto, a fim de facilitar sua expulsão do útero; também denominado como fórcepe, fórfex, pinça, tenaz. (Fonte: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/forceps/>)

O termo parto normal, tal como entendemos, designa o parto sem qualquer intervenção médica ou tecnológica e sem interferência no processo fisiológico. O conceito, desta forma, não se restringe exclusivamente ao momento do parto, mas incorpora também determinadas formas de acompanhamento e apoio à gravidez e ao início do trabalho de parto que conduzem a este resultado: o parto normal.

Decidimos o local ao percebermos, durante um exame, que a maternidade em questão aparentava ter “funcionários” mais dispostos e gentis que na outra maternidade que visitamos. Também ouvimos falar, através de outros pais, sobre as qualidades da maternidade, além de sabermos, no meio de tantas conversas, que era o Hospital Maternidade melhor equipado da cidade. Somado a isso, a falta de dinheiro para fazer o parto em casa ou em um hospital particular também foram motivos predominantes para minha companheira e eu¹⁶.

Nas conversas com os demais “acompanhantes”, um dos pontos discutidos foi a escolha do Hospital maternidade em questão¹⁷. Dentre os motivos elencados por mim e meus interlocutores, percebi que havia uma ordem de prioridade, especialmente nos casos de riscos para a gestante e o “bebê”. Isso não excluiu outras razões consideradas fundamentais para a definição da instituição onde seria realizado o parto, sendo apresentadas de acordo com as questões mais preocupantes para pais e mães. Assim, identifiquei os seguintes motivos por ordem de prioridade: 1. a indicação médica por ser gravidez de risco; 2. por possuir vaga; 3. por ser o melhor equipado; 4. por ser público e não demandar o pagamento da internação e dos procedimentos.

O primeiro motivo foi apresentado por Nielson, 30 anos, que já tinha uma/um filha/o e perdeu um nessa maternidade: “Quem escolheu foram os médicos, a gravidez dela era de risco. Dois dias atrás, nós viemos aqui, ela estava com dor, disseram que estava tudo certo, hoje quando chegamos disseram que o bebê já estava morto”. Nielson é o meu amigo de infância citado no início do texto e, possivelmente, o “bebê” que Edson (45 anos), outro interlocutor, viu passando sem vida, era filha/o dele.

Thales e sua companheira também escolheram a mesma maternidade por oferecer os recursos necessários ao parto considerado de risco, conforme explicitou em nossa conversa:

¹⁶ Nessa situação, sequer pensamos ou nos informamos sobre outras possibilidades para a realização do parto que traria maior domínio sobre a situação, como produzir um plano de parto que, segundo Andrezza (2016) é um documento elaborado durante a gestação onde consta o que é ou não permitido fazer em termos de procedimentos com o objetivo de prevenir abusos. A autora ressalta que essa prática tem sido acessada por mulheres de camadas médias, com certo capital social. Diniz (2005) enfatiza o caráter comunicacional na produção e realização de um plano de parto, considerando que a gestante pode expressar seus desejos e expectativas.

¹⁷ Manaus possui catorze maternidades, sendo oito públicas. A maior parte delas está concentrada na zona central da cidade e seus arredores.

Primeiro tentamos a maternidade do ***, por ser uma gravidez de risco, além de pré-eclâmpsia, o bebê estava com o cordão umbilical enrolado no pescoço, nós estávamos preocupados, porque em geral esses lugares querem logo fazer cesárea”

Perguntei - Mas lá era diferente em relação a isso, não?

Sim, como eu trabalho no ***, na farmácia de lá, eu sei como funcionam esses lugares. Daí o médico falou que teria que ser nessa, pois era a melhor equipada (Thales, 29 anos, primeira/o filha/o).

O que também sobressaiu nos relatos de vários deles foi a falta de opção na cidade, a não disponibilidade de vaga, como pode ser observado na fala de João: “Foi lá, porque não tinha outro lugar, nós fomos em outra maternidade e lá nos informaram que havia leito aqui, então, nossa escolha, na verdade, foi a falta de escolha”. (João, 25 anos, primeira/o filha/o).

Já Edson alegou os seguintes motivos “Nós dois escolhemos, porque era o mais perto de casa, por causa do bom atendimento e por questões econômicas” (Edson. 45 anos, 18 filhos, contando com a/o última/o).

Como pode ser visto nas falas, somente dois pais puderam escolher a maternidade, os outros três foram para a maternidade em questão por indicação médica, é o caso de Nielson, Thiago e as respectivas “grávidas”/mães, suas companheiras. João foi à mesma maternidade por ser a única com leito disponível. Eu e Edson fomos privilegiados por podermos escolher, sendo que eu e minha companheira poderíamos cogitar qualquer lugar da cidade que correspondesse às nossas expectativas de bom atendimento pelo fato de possuímos automóvel.

Outro aspecto que me chamou atenção foi o uso da palavra medo por três de nós para definir a situação antes do parto, como Edson:

Esse é meu décimo oitavo filho(a), senti medo todas as outras vezes, por mais que já se tenha vivido muitas vezes. O medo sempre está presente nestes momentos, você teme pela saúde e integridade física do bebê e da mãe. E depois que eu vi uma criança passando morta na minha frente esse medo aumentou bastante. (Edson. 45 anos, 18 filhas/os contando com a/o última/o).

Também se percebe o medo na fala de Thales, orientado por sua própria experiência na área:

Por já trabalhar nesses lugares, o meu medo antes do parto era muito grande, muito medo especialmente pela vida do bebê que se encontrava em situação delicada, assim como a mãe também. Por trabalhar em uma maternidade, eu já sabia que a coisa seria precária, lá sempre morrem bebês, sempre falta remédio. (Thales, 29 anos, primeira/o filha/o).

Um deles, João, relatou sobre o medo somente no momento em que chegou à maternidade: “Antes de chegar a maternidade eu estava tranquilo, não pude acompanhar a gravidez, então eu estava tranquilo, chegando lá que foi outra história” (João, 25 anos, primeira/o filha/o).

Nielson, que perdeu sua/seu filha/o, afirmou que estava tranquilo quanto ao acontecimento, sendo que a crise foi desencadeada com a morte do bebê, o que trouxe sentimentos de tristeza e raiva:

Não, eu não estava sentindo medo, nem durante a gestação nem mesmo no hospital, eu só conseguia sentir tristeza e muita raiva, raiva era o sentimento que predominava, foram imprudentes com a mãe da/o minha/meu filha/o, por isso ela acabou morrendo, eles erraram. E posso te contar uma coisa?! Nesse Hospital morre muita criança! (Nielson, 30 anos, teve uma/um filha/o que foi a óbito).

Embora naquele local, de acordo com a impressão da maioria (três de nós), a regra fosse o bom tratamento, enquanto a exceção seria o mau tratamento, padrões que são apontados como sentidos de maneira invertida na maioria dos hospitais do SUS, sentimentos como medo, tristeza e raiva fizeram parte dos momentos descritos devido a forma como o processo se desenrolou. Este trabalho talvez sirva, dentre outras coisas, para demonstrar que é possível um caminho inverso, onde o padrão é o bom atendimento e sua exigência não seria um absurdo.

O espaço do hospital maternidade também foi considerado por três dos “acompanhantes” como um ambiente feminino, pois perceberam a predominância de mulheres no corpo de “funcionários”. Entretanto, a presença massiva de mulheres contrastou com o maior número de homens entre os “acompanhantes”, sendo que o número destes pareceu aumentar no setor de pós-parto. Provavelmente, por esta razão, a não exposição dos corpos das mulheres era uma das preocupações deles. Havia certo receio por parte dos “acompanhantes” que a mãe de suas/seus filhas/os ficasse com o corpo mais exposto do que a própria bata do hospital já as deixava. Lembro-me que, em algum momento, a enfermeira ensinou a uma das “grávidas” qual era o lado correto para amarrar a bata. A única roupa que as “grávidas” vestiam era a bata e seus calçados. Além de serem despidas de suas roupas e pertences quando entram na maternidade, as mulheres também são despidas das possibilidades de se contraporem às rotinas hospitalares.

A proteção apresentada pelos “acompanhantes” também se estendeu a preservação da imagem das “grávidas” num local onde o corpo das mulheres é exposto e, de alguma forma, essa semi-nudez, neste instante liminar, ao mesmo tempo que é protegida também é

naturalizada. Isso foi perceptível na performance de um “acompanhante” que chegou após a saída de Thiago e sua companheira e fechou as cortinas para impedir que ela fosse vista, o que fez com semblante estável, até amistoso. Na situação em questão eu me assustei, pois não esperava que estivesse invadindo um espaço visual e pessoal.

Pessoalmente, senti-me confuso e desconfortável com essa questão de poder ter invadido visualmente um espaço que não me cabia. A maioria dos outros “acompanhantes” relataram sentir-se à vontade neste espaço, mesmo considerando um ambiente predominantemente feminino, talvez porque os ambientes femininos sejam receptivos ou devido a posição de protetores que ocupavam.

Parece-me que a ideia de pai ou o papel a ser empregado enquanto pai, antes da maternidade e durante o resto da vida é proteger das doenças, das várias formas de violência, dos acidentes e tudo o que a cabeça fértil de pais puder prever. E isso vai sendo treinado desde os cuidados com a mãe e o feto e continuam com a criança. Essas ideias e preocupações foram expostas pelos “acompanhantes” de maneira bem clara.

As mulheres, ao contrário da maioria dos homens, apresentaram uma performance impositiva e, por mais que algumas delas tentassem se conter, os gritos foram aumentando progressivamente com o passar das horas e, onde certamente o foco das atenções são as mulheres, seu protagonismo foi indiscutível. Ignorar isso foi parte da performance dos “funcionários” ao não escutarem uma mãe, por exemplo, que afirmava que ia parir naquele momento. A equipe, não crendo nela, tentou amenizar falando algo, em seguida ela teve sua/seu filha/o em pé, no meio do corredor, na entrada do setor de pré-parto. Essa mulher falou algo como “eu já tive filho, eu sei que eu estou parindo”, mas sua fala não foi ouvida, considerando que a equipe é que teria o conhecimento para identificar se ela estaria ou não pronta para parir. Este foi também um momento de crise observado e vivido por mim e minha companheira e serve para exemplificar a situação de poder dos profissionais. O não ouvir as mulheres é uma forma de violência que anula o outro enquanto sujeito.

Segundo ato – Os procedimentos do pré-parto¹⁸

¹⁸ Diniz (2005) aponta as críticas a esse modelo de assistência em que as mulheres, como numa linha de produção, são “processadas” em duas estações de trabalho (pré-parto, pós-parto). Como se trata de nomenclatura utilizadas no hospital e pelos casais, a manteremos.

O primeiro setor da maternidade em que passamos foi a recepção. Lá apresentamos nossos documentos de identidade e comentamos que “a cara do recepcionista era sempre a mesma, independente do hospital”, ou seja, uma cara fechada, focada no documento, nos dados que precisava preencher, com movimentos automáticos. Atrás de nós, mais de vinte cadeiras acolchoadas, poucas ocupadas no horário em que chegamos, o silêncio também predominava. O movimento e o barulho decorrente dos gritos das mulheres foi aumentando progressivamente com o passar das horas. Então, aguardamos numa antessala que ficava entre a recepção e o setor de pré-parto, onde dali as mulheres eram chamadas para fazer o exame de toque e, dependendo da dilatação, ser internada ou não.

Na entrada na maternidade, observei um cenário em que duas personagens se destacavam além das gestantes, os “acompanhantes” e os “funcionários”. A situação de “acompanhante” é incentivada pela maternidade e foi assim que passei pela experiência do nascimento de meu filho, da mesma forma que os demais homens com os quais conversei. A definição de “acompanhante”, para os interlocutores da pesquisa, é como o indivíduo que auxilia a paciente emocional e fisicamente nas tarefas necessárias antes, durante e após o parto dentro das dependências da maternidade. Outros atores presentes neste cenário eram os “funcionários”. A partir da nossa fala definiu-se “funcionário” como todo aquele que trabalha na maternidade e recebe salário do governo, dentre eles estão: médicos, enfermeiros, maqueiros, auxiliares de enfermagem e todo o corpo de “funcionários” que se encaixam nessas características. Porém, apesar dessa história possuir “dois lados” ou mais, o lado ou perspectiva privilegiada neste caso é o do “acompanhante”, por conta do método adotado e do relativo curto espaço de tempo em que o evento ocorreu.

Segundo a fala dos próprios, o “acompanhante” tem a função de ajudante, segurança e companheiro, predominando na fala a função de ajudante. Ainda pode ser lido como um corpo que fala pelas necessidades da mãe e do feto: “O acompanhante é imprescindível, tendo em vista que o suporte dado pelo Hospital Maternidade é mínimo, se o acompanhante não estiver por perto o risco de morte da criança aumenta” (Thales, 25 anos, primeira/o filho a/o).

O nosso *drama social* (TURNER, 1987, 2008) prosseguiu assim que entramos na maternidade. No processo ritual de dar à luz há uma suspensão do cotidiano e a apresentação de outra realidade. Pai, mãe e “bebê” encontram-se num estado de liminaridade que se constitui como a passagem entre status e estado cultural que foram cognoscitivamente definidos e logicamente articulados. Passagens liminares e *liminares* (pessoas em passagem) não estão aqui nem lá, são um grau intermediário. Tais fases e pessoas podem ser muito criativas em sua libertação dos controles estruturais ou podem ser consideradas perigosas do ponto de vista da manutenção da lei e da ordem (TURNER, 1974, 2008).

Então, ritual, segundo a definição deste autor, é uma manifestação religiosa ou ligada a certo grau de sacralização – no sentido amplo do termo – onde por meio de representações simbólicas suscita-se um estado liminar dos indivíduos, o que provoca uma reelaboração simbólica do espaço e tempo, que são relativizados. O atributo liminar do ritual é potencializador da relação de *communitas* e visa o desencadeamento de uma mudança nos indivíduos e/ou no grupo – esta mudança pode ser referente a uma cura ou a uma elevação de status social, por exemplo, COSTA (2013).

Nos casos dos futuros pais e mães, “As entidades liminares não se situam aqui nem lá; estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimoniais” (TURNER, 1974: 117), pois a criança não nasceu, mas está na barriga da mãe. O nascimento é o que marca a oficialidade do status “pai e mãe”, a presença física e externa ao ventre determina a chegada a “outro mundo”, a transição de um estado a outro, onde esta, por sua vez, já pode e é incentivada pela instituição a sair com a certidão de nascimento e CPF. O último instante na maternidade ou ato pode ser marcado pela nomeação de um ser que acaba de passar por uma transição de feto a criança, do anonimato ao nominável. Este processo legal pode ser feito dias após o nascimento e tem a gratuidade garantida pelo cartório da maternidade, o que pode ser pensado como uma espécie de incentivo.

A passagem de um status social para outro é frequentemente acompanhada por uma passagem paralela no espaço, um movimento geográfico de um lugar para outro. Isso pode tomar a forma de uma abertura de portas ou a travessia literal de uma liminaridade separada por duas áreas distintas, uma associada ao sujeito pré-ritual ou de status preliminar, a outra ao status pós-ritual ou pós-liminar (TURNER, 2012).

Após minha companheira ser examinada por uma médica no pré-parto, ficou constatado que não possuía dilatação suficiente para ser internada, pois “as mulheres são internadas à partir de 5 cm de dilatação do canal vaginal”¹⁹. Após cerca de duas horas caminhando em volta do hospital²⁰, ela foi internada já com dilatação suficiente para tal. Fomos inicialmente ao setor chamado de pré-parto.

No pré-parto, o padrão exigido foi de que a “grávida” inicialmente permanecesse em uma cadeira, cavalinho²¹, ou caminhando. Diferente de sentar-se, fazer uso do cavalinho, da bola suíça²² e caminhar fizeram parte das atividades que, segundo os “funcionários”, aceleram

¹⁹ Palavras da médica presente na situação em questão. O mesmo padrão ocorre em outras maternidades, segundo as “grávidas”.

²⁰ Os “funcionários” incentivaram as “grávidas” a caminhar, informando que isto ajudaria no processo de dilatação do canal vaginal e, conseqüentemente, na passagem do “bebê”, já que esta maternidade incentiva e dá prioridade ao parto normal.

²¹ O cavalinho é uma espécie de cadeira de balanço, sem encosto para as costas e com apoio para os cotovelos na parte frontal.

²² Trata-se de uma bola de ar grande, que as “grávidas” utilizaram para diversos exercícios.

a dilatação do canal vaginal e, por consequência, aceleram o parto, assim como a administração de ocitocina²³.

Dependendo da dilatação, as “grávidas”, junto com seus “acompanhantes”, ainda no pré-parto, são acomodadas em uma das antessalas ou quartos. No mesmo quarto em que minha companheira se acomodou havia mais um leito, separado por cortinas; os outros possuíam dois ou quatro leitos, dependendo do tamanho.

Uma vez na antessala, as “grávidas” podem deitar, enquanto o “acompanhante” tem a opção de sentar em uma cadeira de plástico ao lado do leito ou mesmo deitar no chão, só não pode outra pessoa deitar na cama que não a “grávida” com o argumento, por parte dos “funcionários”, que haveria risco de infecção hospitalar.

O segundo momento de crise ocorreu antes do parto quando eu presenciei a enfermeira dizendo que minha companheira estava “muito mole” e que não queria vê-la assim quando voltasse: “Com outras palavras me chamou de preguiçosa. A mulher me mandava andar e caminhar, mas eu estava muito cansada” (Thabata, 25 anos, primeira/o filha/o). Neste momento, mantive uma performance de aceitação diante das “orientações” dos “funcionários” do local, quando sua posição parecia sincera quanto ao que deveria ser feito para que o parto ocorresse da melhor maneira possível e, neste caso, significava o incentivo ao parto normal.

Ainda no setor de pré-parto, um médico e uma médica cumprimentaram minha companheira dando a atender, através dos gestos trocados, que se conheciam fora do hospital, o que causou certo alvoroço entre os “funcionários”, porque não sabiam quem éramos. De acordo com a minha companheira, após estes encontros, a cada procedimento que fizeram com ela, perguntaram: “o que você é para a doutora Fulana?.” A médica que cumprimentou minha companheira também era a diretora do setor de pediatria, o que seria uma justificativa para o temor dos “funcionários”, talvez pelo medo de que pertencêssemos ao mesmo meio dos médicos ou mesmo que fôssemos próximos o suficiente para lhes causar desconforto.

Conversando com Laura, a primeira gestante com a qual estabeleci contato (e que mais conversei), ela falou-me a respeito do medo da violência obstétrica baseada em suas experiências anteriores. Disse-me o seguinte: “Eu só fiz escândalo da primeira vez que eu pari, as outras vezes eu não fiz escândalo não [era o seu sexto filho], as enfermeiras não gostam, se fizer escândalo elas vão lá e brigam” (Laura, 30 anos, 5 filhos).

²³ Segundo os “funcionários” e minha companheira, a ocitocina é liberada durante o parto naturalmente pelo corpo da mulher quando a criança está prestes a nascer. O hospital maternidade utilizou ocitocina sintetizada para induzir o parto normal.

Pude acompanhar Laura e tantas outras mulheres gritando, inclusive minha companheira, pois fiquei a maior parte do tempo ao seu lado²⁴, talvez tentando garantir o seu direito de gritar. Simultaneamente aos gritos de minha companheira, havia os de outras duas mulheres que sofreram violência verbal de um mesmo enfermeiro, apontado pelos respectivos companheiros como um “funcionário” problemático ou ainda fora do bom padrão que a maternidade apresentava. Outros dois “acompanhantes”, do total dos cinco colaboradores, apontaram o mesmo enfermeiro como um profissional ruim.

Para uma das mulheres, o enfermeiro conduzia seu trabalho falando em voz alta para que as/os expectadoras/os dentro e fora da sala²⁵ onde se encontravam as parturientes agredidas ouvissem e mudassem seu comportamento: “Tu já tá bem no décimo filho porque que tá gritando, já não sabe como é? Tá fazendo escândalo”. Ouvindo isto e sendo afetado, preparei-me para o uso de uma performance de enfrentamento, com o intuito de nos protegermos da violência do enfermeiro.

Num espaço curto de tempo, o mesmo enfermeiro agrediu verbalmente outra parturiente, repetindo o que havia feito com a primeira. Quando estava no setor de pós-parto, instantes antes de ir embora, reunido com os dois “acompanhantes” das mulheres que sofreram agressão, eles expressaram apoio quando minha performance passou a ser de enfrentamento e discuti com o enfermeiro citado após o nascimento de meu filho, questionando os seus procedimentos. Um dos “acompanhantes” comentou: “Você viu o que ele falou pra minha mulher? Rapaz, eu só não quebrei a cara daquele viado porque eles poderiam maltratar ela e o ‘bebê’. Eu tava me controlando por causa deles, se não eu teria dito umas coisas pra ele”. Inicialmente pensei em falar sobre homofobia, mas logo percebi que não seria a linguagem adequada e respondi, adequando-me a situação: “O problema não é ele ser homossexual, o problema é ele não trabalhar direito”. Na plateia, homens e mulheres acenaram com a cabeça em concordância. Outros dois “acompanhantes” também o apontaram como o “funcionário” que causou algum tipo de violência.

Com o passar das horas, o silêncio inicial deu lugar a um coro de mulheres gritando de dor que prenunciava o nascimento e indicava que a dilatação estava chegando ao tamanho ideal, cerca de 10 cm, o suficiente para a maioria dos “bebês” passarem pelo canal vaginal. A ocitocina foi aplicada duas vezes em minha companheira, nas duas ela relatou muita dor e vontade de desistir do parto normal e tentar a cesárea. No exato momento do nascimento do meu filho, nasceu a filha/o de Thales e também ocorreu o terceiro momento de crise, o segundo no setor de pré-parto, pois só havia um médico para atender as duas pacientes que se encontravam na mesma sala. Antes do parto, o médico atravessou as cortinas que separavam as duas camas para ver qual a situação de cada uma das pacientes e, em tom de brincadeira, falou: “Vamos ver quem nasce primeiro”. Respondi no mesmo tom: “se isso for uma corrida, francamente, espero que o meu ganhe que eu não aguento mais de ansiedade”.

²⁴ Quando eu não estava, sua mãe ou a minha a acompanharam.

²⁵ No setor de pré-parto, em média, uma sala possui dois a quatro leitos.

Depois, Thales me relatou este terceiro momento de crise:

Foi traumatizante, eu nunca mais quero passar por aquilo, foi uma das piores experiências da minha vida, eu não gostei. Foi um absurdo, no momento em que tua/teu filha/o nascia a/o minha/meu também estava nascendo, daí o médico falou para chamar outra médica, mas quem acabou segurando a minha/meu filha/o foi um técnico de enfermagem, olha que absurdo. Eu achei o atendimento de lá péssimo, com a exceção de duas enfermeiras que foram muito atenciosas. (Thales, 29 anos, primeira/o filha/o)

No quarto momento de crise, Nielson, que revezava com parentes da mãe de seu filho enquanto “acompanhantes”, aguardava o pior parto imaginável. Destacou a demora que havia para retirar o feto enquanto a mãe sofria com dores e o seguinte diálogo: “Por que vocês não fazem algo por ela e retiram o bebê? O “funcionário” respondeu “nós temos outras prioridades, casos mais urgentes no momento”. Com isso, direcionaram o foco da atenção ao “bebê”, deixando a mãe em segundo plano ou em situação pior.

O quinto momento de crise no setor chamado pré-parto que pude ver e que me foi relatado ocorreu devido à transferência entre um setor e outro. No meu caso, a transferência de minha companheira ocorreu no dia seguinte ao parto, sendo deslocada para o setor de pós-parto. Enquanto Thales e sua companheira foram transferidos no mesmo dia em que ocorreu o parto, a companheira de João foi transferida dois dias após o nascimento do “bebê”. Esta demora na transferência foi a única reclamação de João quanto ao atendimento e sua experiência no local.

Terceiro ato - com meu filho nos braços

Ainda no setor do pré-parto, ocorreu o sexto momento de crise quando um enfermeiro que me orientou logo após o parto a deixar a criança com a mãe, explicou-me, num tom que julguei rude, que o “bebê” precisava mamar, pois sem isso corria o risco de ter uma espécie de coma. Sem dar tempo de eu explicar algo, falou que, assim que fosse possível, o devolvesse a mãe, ao que acenei positivamente com a cabeça. Ao mesmo tempo em que o escutei, percebi que não era possível fazer o que ele queria imediatamente, pois estava sendo realizado um procedimento com outra mãe no mesmo quarto em que estava minha companheira. O retirei inicialmente por conta dos gritos que o incomodavam e com consentimento do médico. Retornei a sair por pedido das faxineiras do hospital que precisavam fazer a limpeza do quarto onde minha companheira estava acomodada. Nesse momento, mais uma vez o “funcionário” começou a falar com o mesmo tom, mas o interrompi e houve o seguinte diálogo:

Eu já ouvi da primeira vez que você falou! Se a criança não está com a mãe é porque ela não pode estar, eu entendi, e sei o que estou fazendo, quem não sabe o que se passa é você!

Enfermeiro: -Pois, então, o Sr. se responsabilize caso algo aconteça...

Pode ter certeza, eu sou o pai!

Depois disso, virei o rosto para um funcionário e falei em tom calmo e irônico ao mesmo tempo:

Vocês costumam atender as pessoas aqui pensando que não tem capacidade de entendimento do que acontece? Porque esse cidadão fala com as pessoas como se assim o fosse. A criança já mamou, saí com a autorização do médico, eu sei o que está acontecendo lá dentro, você não!

Neste ato, depois de calcular por meses a confecção de minha estratégia performática, inicialmente constituída por uma performance de um indivíduo muito passivo e calmo, a completo com a postura de enfrentamento. E, apesar das tentativas de controle da atuação, era perceptível, em minha voz, uma mudança de humor, como se a personagem estivesse tomando conta com suas emoções.

Munido desta transferência de status ou aproveitando-nos da desconfiança por parte dos “funcionários” de que eu e minha esposa poderíamos receber um tratamento melhor, incorporamos uma nova estratégia performática como forma de proteção e percebemos um tratamento diferenciado sendo dispensado a nós, que não o era para a maioria dos outros.

Thales disse-me, em outras palavras, que já vinha com sua performance de enfrentamento e exigência, mais uma vez destacando seu conhecimento de causa por trabalhar em um Hospital Maternidade:

Tem que olhar tudo, perguntar tudo, ficar em cima pra ver o que tão fazendo. Se der algum problema fazer escândalo, chamar imprensa, falar com a diretora do hospital. É assim que eles funcionam. No local que eu trabalho é só alguém fazer barraco e ir falar com o diretor que rapidinho o remédio que não tinha aparece, tudo se resolve.

(Thales, 29 anos, primeira/o filha/o)

Sabendo disto, Thales já havia calculado previamente que performance utilizar para obter sucesso no parto, isto é, ter mãe e filho saudáveis saindo da maternidade. E isso me trouxe calma durante aquele processo todo e quando alguém me perguntou como eu estava, respondi que só estaria bem quando estivéssemos em casa, todos saudáveis.

Thales protagonizou o que considere o sexto momento de crise. Ao perceber que no setor do pós-parto sua/seu filha/o estava sufocando, buscou ajuda no setor e não encontrou nenhum “funcionário”, obrigando-se a descer correndo até o setor de pré-parto enquanto sua/seu filha/o passava mal. Destacou a forma como o médico que o atendeu tratou o

ocorrido como se fosse uma bobagem, como pode ser observado na fala de Thales: “O médico falou assim num tom de desdém: ‘fica tranquilo, não é nada, é pra trazer aqui quando estiver roxinha/o’, eu respondi na hora: ‘quer dizer que pra eu trazer minha/meu filha/o aqui tem que estar perto da morte, é isso mesmo?!’ ” Segundo ele, não houve resposta.

O sétimo e último momento de crise ocorreu com quatro dos cinco “acompanhantes” e, talvez por ser com estes, considero que foi o mais “brando” de todos, pois não houve uma reação de enfrentamento por parte de nenhum dos “acompanhantes”, mas todos ficaram contrariados. Em algum momento depois de muito cansaço, tentamos deitar na cama junto com a “grávida” ou *mãe*, já que os “acompanhantes” só possuíam uma cadeira de plástico para acomodar-se. Ao tentar deitar/sentar na cama, os “acompanhantes” receberam pedidos para que se retirassem da cama por motivo de “infecção hospitalar”. Esse argumento foi questionado por mim e por Thales, já que ninguém se importou quando deitamos no chão do hospital. Não entendi quem corria risco de infecção, se eu, se a “mãe” ou a criança.

Parte dos “acompanhantes” adotaram diversas performances que podem ser comparadas. Elas dividiram-se basicamente entre as performances que considereei como impositivas e as de aceitação. Dentre os cinco “acompanhantes”, João e Edson adotaram uma performance de aceitação do que estava sendo oferecido do início ao fim de suas presenças no Hospital maternidade. Thales e Nielson adotaram a estratégia de imposição. Eu comecei com uma postura de expectativa e, no momento de crise, adotei uma versão impositiva na qual procurei impor meus desejos. Após o nascimento do meu filho, revezei entre as duas de acordo com a situação. Todos adotaram tais estratégias acreditando que isto poderia evitar alguma forma de violência para com suas respectivas companheiras/“grávidas” e feto/criança.

As observações indicaram como característica comum entre os interlocutores que, independente da estratégia executada, em menor ou maior grau os “acompanhantes” buscaram proteger e ajudar. Esta talvez tenha sido a função mais destacável no papel exercido pelos “acompanhantes”, embora isso não tenha garantido o atendimento desejado nem evitado as violências que desencadearam as crises que envolveram as “grávidas”, os “acompanhantes”, “bebês” e “funcionários”.

Considerações finais

Quanto ao rito do parto que foi acompanhado de violência obstétrica ou as crises, percebi, a partir de Van Genep (2011) e de Victor Turner (1974), que no último dos estágios do drama há um reequilíbrio da situação ou uma cisão. No último caso citado, quando o enfermeiro foi apontado pela maioria dos “acompanhantes” como alguém problemático,

antes da saída da maternidade, o cumprimentei cordialmente e ele devolveu o cumprimento, creio que ambos em forma de provocação, assim como o silêncio por parte dos outros “funcionários” acompanhados de seus olhares reprovadores no ato em que me envolvi diretamente. Turner (2008) acredita que os conflitos e as tensões sociais são situações presentes em qualquer grupo humano e que revelam informações de alta importância sobre a sociedade.

Os momentos de crise intensificaram-se e foram mais numerosos no setor do pré-parto que, como ressaltai no texto, é o local onde o parto acontece e onde há maior intervenção pelos profissionais do hospital. Neste espaço, os conflitos acirraram-se e tornaram-se evidentes, pois o tempo foi menor entre uma crise e outra.

Também ficou clara a influência do status no tratamento das parturientes e, conseqüentemente, na constituição da performance realizada pelos “acompanhantes”, assim como suas estratégias (BOURDIEU, 2004) desenvolvidas durante os momentos de crise. As performances tipicamente masculinas e femininas ou, ainda, os papéis de gênero masculino e feminino na maior parte do tempo foram invertidos nos momentos liminares apresentados (VAN GENNEP, 2011).

Nos espaços da maternidade houve diferentes graus de intervenção, pois quanto mais a adentramos, mais invasivos foram os procedimentos e maiores foram os riscos de ocorrer violências. Por conseguinte, os enfrentamentos para aqueles que adotaram uma performance impositiva foram mais intensos a partir do pré-parto, demandando uma atenção redobrada por parte dos “acompanhantes” que contaram também com o apoio de outros homens e mesmo das mulheres que haviam passado pela experiência do parto.

Tanto os que optaram por uma estratégia de aceitação quanto os que realizaram o enfrentamento experienciaram as violências, como a impossibilidade de falar e ser ouvida/o; as piadas e ironias proferidas pelos profissionais da maternidade; o uso de medicamentos não indicados, como a ocitocina; o despimento das roupas e pertences; a acomodação inadequada dos “acompanhantes” em cadeiras mesmo no período da noite; a manipulação, por parte dos profissionais, do medo sentido por “grávidas” e “acompanhantes” sobre o que ocorreria e como seriam tratados dentro da maternidade; a imprevisibilidade com relação aos comportamentos das/os “funcionárias/os”. As práticas violentas foram realizadas por profissionais, mulheres e homens, e podem ser consideradas como cumulativas, pois em cada espaço da maternidade elas vão se somando e produzindo sofrimento tanto psicológico como físico. Há uma naturalização das violências e sofrimento que poderiam ser pensadas como parte do rito do parto hospitalar em nossa sociedade, onde não é a racionalidade médica que domina, mas o preconceito nos atendimentos. Assim, o atendimento às “grávidas” e

“acompanhantes” estava subordinado ao modo particular como os/as profissionais da saúde praticam a medicina²⁶.

Os pais e “acompanhantes” acreditam exercer o papel de protetores em relação às mulheres e filhas/os e esta seria a expectativa em relação a sua performance, mas estão tão vulneráveis quanto suas companheiras e, na maioria das vezes, impossibilitados de impedir as violências e, o mais doloroso, a morte da mãe ou do “bebê”. Neste caso, a solidariedade paterna, evidenciada nas relações entre os “acompanhantes”, enquanto *communitas*, pode ser pensada como uma estratégia para dar conta do medo e das experiências traumáticas, pois seria uma forma de opor-se contra isso por meio do compartilhamento de experiências para produzir um enfrentamento mais calculado.

Referências

- ANDREZZO, Halana de F. *O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS*. Mestrado (Faculdade de Saúde Pública). USP, 2016.
- BOURDIEU, Pierre. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- COSTA, Graziela. O conceito de ritual em Richard Schechner e Victor Turner: análises e comparações. *Revista Apas*. V3, n.01, p.49-60, 2013.
- DA MATTA, Roberto. *Relativizando, uma Introdução à Antropologia Social*. Petrópolis: Vozes, 1983.
- DINIZ, Carmen Simone G.. *Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento*. Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3, p.627-637, 2005.
- FAVRET-SAADA, J. “Ser afetado”. *Cadernos de Campo*, n.13, 2005.
- FOOT-WHITE, William. *Sociedade de esquina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- MEDINA, Graciela. “Violencia obstétrica”. In: *Omisión y diferencia. Derechos Reproductivos en México*. Grupo de información en reproducción elegida, 2010. <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>
- PULHEZ, Mariana Marques. Parem a violência obstétrica: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013.

²⁶ Observações semelhantes sobre violência obstétrica estão presentes na dissertação sobre partos em Benjamin Constant/AM de Ana Maria de Mello Campos, membro do GESECS que recentemente defendeu seu trabalho no PPGAS/UFAM. As considerações da Dra. Raquel Wiggers e do Dr. Jose Miguel Nieto Olivar na banca nos ajudaram a pensar sobre as situações aqui relatadas.

SALEM, Tania. *O Casal Grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SCHECHNER, Richard. O que é performance? *Revista de Teatro, Crítica e estética: O Percevejo*, ANO II, N. II, p. 25–50, UNIRIO, 2003

TORNQUIST, Carmen S. *Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. *Revista de Estudos Feministas*, n. 2, p.483-492., 2002.

TURNER, Victor. *The anthropology of performance*. Nova York: PAJ Publications, 1987.

_____. *O processo Ritual: Estrutura e antiestrutura*. Nova York: PAJ Publications, 1974.

_____. *From Ritual to Theatre: The Human Seriousness of Play*. New York, PAJ Publications, 1982. Tradução de Herbert Rodrigues, *MEDIAÇÕES, LONDRINA*, v. 17 n. 2, p. 214-257, Jul./Dez. 2012.

TURNER, Victor. *Dramas, Campos e Metáforas: Ação simbólica na sociedade humana*. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2008.

VAN GENNEP, A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 2011.

WHITE, Joanna, SCHOUTEN, Maria. *Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, Instituto Universitário Lisboa (CRIA-IUL); Universidade da Beira Interior e CICS/Universidade do Minho, 2013.