



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Janeiro

Brasil

Rangel, Vanessa Maia; Rochel de Camargo Jr, Kenneth
A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 26, núm. 4, octubre-diciembre, 2016, pp. 1293-1311

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400850560012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar

|¹ Vanessa Maia Rangel, ² Kenneth Rochel de Camargo Jr |

Resumo: O objeto deste artigo é analisar o *status* da parturiente durante o ritual do trabalho de parto hospitalar. Para isto, partimos do entendimento da racionalidade biomédica de que o paradigma obstétrico se caracteriza pela intervenção técnica e tecnológica no corpo feminino, pela crença de sua biologia instável e pelo caráter liminar da parturiente, na expectativa do nascimento de um bebê saudável. A metodologia utilizada para o trabalho original foi qualitativa, baseada na observação participante dos atendimentos obstétricos que aconteceram nas salas de admissão, pré-parto e parto de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. A análise dos achados foi feita a partir da teoria antropológica dos rituais e de trabalhos que consideram a intervenção técnica e tecnológica no corpo das parturientes pela racionalidade biomédica. O diálogo que se estabelece entre obstetras e parturientes considera diferentes perspectivas, atores, locais e instrumentos, estabelecendo o sofrimento corporal, pela dor do trabalho de parto, como o grande negociador da dinâmica ritual.

► **Palavras-chave:** corpo; dor; negociação; trabalho; ritual.

¹ Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde Coletiva. Niterói-RJ, Brasil (vanessamaiarangel@gmail.com).

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (kenneth@uerj.br).

Recebido em: 11/08/2015
Aprovado em: 12/07/2016

Introdução

O objeto do artigo é analisar o *status* da parturiente a partir da racionalidade biomédica, durante o ritual do trabalho de parto hospitalar. Para isto, partimos do entendimento de que o paradigma obstétrico se caracteriza pela intervenção técnica e tecnológica no corpo feminino, pela crença de sua biologia instável e pelo caráter liminar da parturiente, na expectativa do nascimento de um bebê saudável.

A metodologia utilizada para o trabalho original foi qualitativa, baseada na observação participante dos atendimentos obstétricos que aconteceram nas salas de admissão, pré-parto e parto de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro.

A análise dos achados foi feita a partir da teoria antropológica dos rituais e de trabalhos que consideram a intervenção técnica e tecnológica no corpo das parturientes a partir da racionalidade biomédica. O diálogo que se estabelece entre obstetras e parturientes considera diferentes perspectivas, atores, locais e instrumentos, estabelecendo o sofrimento corporal, a partir da dor do trabalho de parto, como o grande negociador da dinâmica ritual.

Inspiração metodológica

Com o objetivo de tornar a dinâmica estudada atual para o leitor, privilegiaremos os aspectos observados da maneira como eles se apresentaram aos olhos do observador durante o trabalho de campo, dispensando a abordagem teórica preliminar, já que ela se encontra embutida na discussão ao longo do próprio artigo. Desta maneira, pretendemos transformar este texto numa “cena”, que possa dar inteligibilidade aos diferentes elementos reunidos numa dinâmica que chamamos de “ritual do trabalho de parto”. Essa possibilidade teve inspiração no trabalho de Annemarie Mol (2005), no qual a autora descreve uma metodologia narrativa que chamou de “praxiografia”, constituindo-se da narração de uma cena – ou, nas palavras de Mol “enactment” – fazendo presentes a amplitude e a multiplicidade dos agentes do campo e de suas ações, instrumentos, ambientes e seus entornos.

Mol (2005), assim como Goffman (1959), descreve a vida humana como uma performance (como no teatro), onde cada ator estaria constantemente improvisando a cena, a partir de seus posicionamentos em relação aos outros, pela necessidade de cativar a audiência, através do desempenho de papéis que

representam o conflito entre um ideal e o real. Mol (2005) interpretou essa improvisação através do termo “multiplicidade”, analisando como um mesmo aspecto da prática, ou melhor, uma mesma categoria, pode gerar múltiplos olhares e possibilidades de entendimento, de acordo com os posicionamentos não apenas dos atores em cena, mas também dos conhecimentos, dos locais, dos instrumentos, dos *status*, da tradição etc.

O objetivo desta maneira de narrar parece ser ultrapassar o perspectivismo, evitando a formação de dualismos, mostrando que, na prática médica, os limites se borram pela cooperação e pela tensão entre os agentes e os objetos, encenados em campo. Além disso, a atuação dos vários participantes dá materialidade a objetos compartilhados, como a arteriosclerose, no exemplo de Moll.

Esta cena de Mol (2005) tem a capacidade de mobilizar a presença de todos os participantes, de vários tipos de instrumentos, todos direcionados, na biomedicina, ao corpo do paciente. Esse corpo, estando presente ou ausente, sempre está representado na prática médica. Para Mol (2005), o “*enactment*” é, acima de tudo, uma realidade da carne. Assim sendo, a narrativa da multiplicidade de Mol (2005) privilegia a amplitude da cena e remete à profundidade do fenômeno da prática médica, uma realidade que não pertence ao médico como pessoa, mas a toda uma estrutura e uma maneira de acontecer que se observa numa prática, histórica e culturalmente determinada.

Sala de admissão: lugar do diagnóstico do trabalho de parto

A sala de admissão serve como a porta de entrada funcional para as gestantes que chegam à maternidade. Funcional porque a porta de entrada propriamente dita localiza-se no térreo, e a sala de admissão, no quinto andar. Ela fica ao lado de uma espécie de corredor de espera para gestantes, em frente ao elevador. Possui uma porta de entrada que a liga a esse corredor do elevador e uma de saída, que dará em outro corredor mais longo, o do centro cirúrgico.

O corredor do elevador possui bancos de espera e uma mesa central, onde permanece sentada uma funcionária da segurança. Esta é responsável por organizar a ordem de chegada das gestantes e preencher uma ficha para o atendimento na sala de admissão. A funcionária também informa à médica da admissão sobre o volume de chegada de gestantes, para que haja fluidez desse primeiro atendimento.

É o preenchimento da ficha, pela funcionária da segurança, que inicia a sequência ordenada do atendimento que acontecerá na sala de admissão. A obtenção da ficha funciona, portanto, como um símbolo da espera por aquele atendimento.

A gestante com a ficha nas mãos entra pela porta do corredor e é recebida, geralmente pela enfermeira, que faz um primeiro atendimento: verifica a pressão arterial, mede sua temperatura e a encaminha ao banheiro, para que se prepare para o exame obstétrico. A enfermeira muitas vezes sinaliza para a obstetra: “Doutora, esta parece estar adiantada!”, geralmente pela expressão facial dolorosa e pelos movimentos de torção do corpo da gestante, que sugerem à enfermeira que a gestante está em trabalho de parto. A observação da enfermeira é muito importante, pois a obstetra vai atender prontamente quem a enfermeira sinalizar.

A ordem de passar com a ficha nas mãos pela funcionária da segurança, pela enfermeira e finalmente pela obstetra denota a migração do ambiente externo do mundo de convívio da gestante para um ambiente interno mais hierarquizado. Essa ordem quase nunca é invertida e, quando isto acontece por um excesso de movimento na sala, seguem-se comentários por parte da obstetra, relativos à falta de atenção da enfermeira em relação às fichas que estão chegando ou à dificuldade da funcionária da segurança de organizar a demanda de fora.

O atendimento da obstetra vai depender das informações colocadas pela enfermeira na ficha, preenchida pela funcionária da segurança. A ficha serve, para a obstetra, como um sinal para prosseguir com o atendimento. Nota-se uma interdependência do ambiente externo, onde se localiza a funcionária da segurança e do interno, onde acontece o atendimento médico.

A obstetra pega a ficha, chama a gestante pelo nome e faz algumas perguntas sobre os exames de pré-natal. Verifica, pela data da última menstruação e pelo primeiro exame de ultrassonografia, se a gestante se encontra no termo, ou seja, se a gravidez já chegou ao final. Este dado é extremamente importante, pois a obstetra deve saber se o bebê que vai nascer é prematuro ou não. A primeira ultrassonografia é geralmente muito valorizada, até mesmo mais que a data da última menstruação. Esta pode ser confundida ou esquecida pela gestante, ou mesmo, como identificou Rohden (2001) na racionalidade obstétrica, pela sua biologia incerta.

Por outro lado, a primeira ultrassonografia revela as medidas do feto em formação, quando pode-se fazer um cálculo que informe, a partir desse dado

inicial da gravidez, a prematuridade ou não do bebê. A ultrassonografia é o exame disponível que a obstetra utiliza para “visualizar” o bebê através do corpo da gestante, e que lhe garante de forma mensurável e consequentemente confiável, dados que indicam a situação do bebê. Esta busca pelo objetivo informa que, para fazer o diagnóstico obstétrico, deve-se basear em uma lógica sistemática científica. Este aspecto de confiabilidade referente à ultrassonografia foi amplamente analisado na tese de doutorado de Chazan (2005), que evidencia a construção desse “outro paciente” por quem o(a) obstetra é responsável.

Quando a gestante que foi sinalizada pela enfermeira expressa muita dor através de gritos, ela é direcionada para o exame obstétrico antes das perguntas iniciais. Essa inversão da ordem também acontece quando a gestante informa que perdeu líquido amniótico ou que seu bebê não está se mexendo. Nestas situações, o mais imediato é verificar se existe a perda de líquido referida, juntamente com a ausculta dos batimentos cardíacos do bebê. A garantia da vitalidade fetal se sobrepõe às queixas da gestante, pois, como coloca a obstetra: “Está com dor porque está em trabalho de parto!”. A dor da gestante é naturalizada no contexto do trabalho de parto e, consequentemente, passa a competir desigualmente com a atenção dada à condição do bebê.

A gestação poderia ser definida como “a norma” ou a “situação valorizada”, como apontam Costa (1979) e Donzelot (1980), na construção histórica da mulher como mãe. No entanto, a partir da perspectiva biomédica, a gestante que evidencia seu sofrimento através da linguagem corporal da dor, introduz uma variante de anormalidade nessa norma, transformando-se, para o obstetra, numa categoria ambivalente. Isto porque a dor sinaliza a possibilidade de uma ruptura da normalidade, do silêncio dos órgãos, como aponta Canguilhem (1990). Ao ser considerada uma dor “normal” para esta situação, entretanto, passa a ser também desvalorizada.

Essa ambivalência parece ser um fator de pouca inteligibilidade para o estilo de pensamento obstétrico e seu paradigma, estabelecendo para o olhar obstétrico uma “necessidade” de separação destas partes que parecem em disputa: o sofrimento da gestante, como uma anomalia (KUHN, 1989), e seu corpo, como o objeto que carrega o bebê. Este, por sua vez, objeto central e simbolismo dominante do trabalho de parto hospitalar, como veremos mais adiante.

A percepção da ambivalência da mulher em trabalho de parto parece corresponder às características da liminalidade, descrita por Van Gennep (1960), quando o autor destaca a instabilidade temporal como uma das condições para realçar o lugar pouco definido do ator nas etapas rituais. Verificaremos este aspecto da parturiente, especificamente no caso da dor.

A obstetra então encaminha a gestante para um box que contém uma mesa de exame ginecológico. A obstetra mede os centímetros da extensão da sua barriga, ouve os batimentos cardiotocais e faz o exame de toque vaginal. O tamanho do abdômen informa a compatibilidade das semanas de gestação relacionadas com o crescimento esperado do bebê no tempo correspondente. Como explica a obstetra: “Serve como um dado indireto da saúde do bebê”. Os batimentos cardíacos do feto são procurados em locais determinados da barriga da gestante e a sua contagem, apontando para a boa condição ou a vitalidade do bebê.

Quando há dúvida em relação aos batimentos cardiotocais, se eles estão acelerados ou lentos, encaminha-se a gestante para um exame complementar, chamado cardiotocografia. Neste, o aparelho vai mostrar o traçado que evidencia a vitalidade fetal. O traçado que o aparelho de cardiotocografia define é inteligível para quem, como diz Pinto (2000), “aprendeu a ver”, fazendo com que se possa fazer o “reconhecimento” imediato de um exame reativo ou normal do não reativo ou anormal. A cardiotocografia parece funcionar, para a obstetra, como um reflexo da vitalidade do bebê. Ou nas palavras da obstetra: “Viu! Como essa cardio está reativa!”.

A imagem do traçado do exame mostrado à gestante “é parte constitutiva da própria argumentação, funcionando como condição essencial para a eficácia do discurso proferido” (PINTO, 2000, p. 46). Assim é possível perceber como o traçado do exame revela as formas de inculcação das disposições práticas que orientam estes profissionais.

Voltando ao atendimento, temos por último o exame de toque vaginal. Este é um exame manual que a obstetra faz com o objetivo de obter a informação dos centímetros de apagamento e dilatação do colo do útero da gestante em sofrimento. É através deste exame que a obstetra confirma se a gestante com dor está ou não em trabalho de parto. “Oito centímetros! É, tem razão enfermeira, ela está adiantada mesmo! Vai para o pré-parto! “Dilatação total! Enfermeira, sala de parto!”.

Nota-se que os sinais do corpo com dor são utilizados para sugerir a condição em que a gestante se encontra, sendo considerados apenas se puderem ser traduzidos em centímetros de dilatação do colo do útero, verificados através do exame de toque vaginal. Como aponta Hacking (1975, p. 37): “Você faz inferência de algo pequeno, interior, atômico e preciso a partir de algo grande, exterior, pouco delimitado e impreciso”. Observa-se a negociação entre a experiência dolorosa do corpo da gestante e uma evidência, uma coisa, uma medida neste corpo (HACKING, 1975).

O sofrimento se transforma numa proto-evidência, por sua associação entre frequência da sensação dolorosa e dilatação do colo do útero. Como proto-evidência, o sofrimento passa a ser menos valorizado. Os centímetros de dilatação do colo uterino são “a expressão deliberada, consciente e compreendida da evidência interna” (HACKING, 1975, p. 47) para quem possui este estilo de pensamento. Se a negociação que a obstetra faz, entre o subjetivo e o objetivo, é bem-sucedida para ela, é frustrada para a gestante que chega com dor à maternidade. Ela evidencia o encapsulamento da experiência de sofrimento da gestante pelo estilo de pensamento e paradigma obstétricos.

Nem sempre a gestante que chega com dor está, de acordo com os critérios obstétricos, em trabalho de parto. É muito comum ouvir, na sala de admissão: “Esta é a quarta maternidade e ninguém me internou”. A gestante é examinada pela obstetra e será internada ou não, na dependência de ter o diagnóstico do trabalho de parto.

Atualmente, com o desenvolvimento do Programa Cegonha Carioca, um número cada vez maior de mulheres que fazem pré-natal nas unidades de atenção básica são encaminhadas para um cadastro nas maternidades próximas a suas residências. Essa nova dinâmica diminuiu de maneira considerável o achado acima descrito, da gestante que percorre a cidade à procura de uma maternidade quando está em trabalho de parto.

Voltando à sala de admissão, algumas vezes a gestante insiste que está com muita dor, que tem contrações. Mas a obstetra enfatiza: “Ela não entendeu que não está em trabalho de parto”. Esta versão de “*an affective call*”, como sugerido por Leder (1992), não funciona na sala de admissão, pois, como nas palavras da obstetra: “Senão fica fácil, a gente interna todo mundo! Só que não tem lugar no pré-parto!”.

Essa gestante sai então pela porta que entrou, enquanto as outras, que estavam com oito centímetros de dilatação e dilatação total do colo do útero, são encaminhadas para o pré-parto. A gestante que não foi internada vai procurar outra maternidade e, nesse caminho longo, provavelmente entrará, segundo o critério obstétrico, em trabalho de parto, sendo provavelmente internada então, na “última” maternidade do seu percurso.

A comunicação que a gestante faz de sua dor está impregnada de frustração e decepção, já que ela não tem como compartilhar o significado dos centímetros do colo do útero em relação a algo que lhe parece muito mais “real”: sua experiência dolorosa.

Observa-se agora o surgimento de outro termo descritivo, a “parturiente”. Esse termo será empregado a partir do momento em que a gestante, com dor, tem o diagnóstico de trabalho de parto feito pela obstetra na sala de admissão. Esta categoria vai caracterizar não somente a legitimidade da dor da gestante, como também demarcar a mudança da condição ambígua da gestante, como se descreve num ritual de passagem.

A gestante transformada em parturiente vai receber informações para retirar seus pertences como brincos, relógios e a sua roupa. Colocará o avental hospitalar e as sapatilhas. Seguirá andando em direção à sala de pré-parto. Suas roupas e outros pertences serão entregues ao familiar presente, geralmente a mãe da gestante, que também fará a parte burocrática da internação. Quando a gestante vem sozinha à maternidade, seus pertences ficam com a funcionários da segurança, que os colocará em um armário, fora das dependências do centro cirúrgico.

O posicionamento do avental é fato lembrado pela enfermeira da sala de admissão: “Quando você for lá para dentro vai precisar da abertura para frente por causa do exame”. A retirada das roupas da gestante e de seus pertences e a colocação do avental é etapa que simboliza o que Foucault (1987) chamou de “mecanismos disciplinares” na internação hospitalar. Este processo se inicia com a parte burocrática da internação, quando a parturiente se despede de seu familiar e entrega seus pertences.

É interessante notar que, após a incorporação das diretrizes de humanização do parto, o familiar da parturiente pode entrar nas dependências do centro cirúrgico, especialmente na sala de pré-parto. Nem sempre a presença da acompanhante é desejada por todos. “O pré-parto está lotado, tem gente na cadeira e ainda está entrando acompanhante!” (palavras da enfermeira da admissão).

Observa-se que, mesmo que se atenda de imediato aos interesses da gestante com dor, o processo vai se conformar, gradualmente, com regras que possibilitem a objetividade, a disciplina e a vigilância do corpo da parturiente. Isso se exemplifica no uso da cadeira de rodas, quando a rapidez é necessária a ação obstétrica, como na iminência do nascimento. A passagem da cadeira de rodas pelo corredor do centro cirúrgico sempre chama atenção imediata e mobiliza a equipe de obstetras para a intervenção. Como nas palavras de Good (1994), “aprender o que é importante” para concretizar a intervenção médica.

Observa-se que a comunicação das etapas deste processo ritual é feita, principalmente, entre a obstetra e a enfermeira. Elas parecem possuir, como aponta Martin (1992), “a direção ativa” do processo do parto, quando a parturiente é preparada para sua nova atribuição na sala de pré-parto.

A cadeira de rodas é um símbolo evidente de otimização do trabalho médico, exemplificando a necessidade da atenção conjunta e direcionada para determinada ação e que, por consequência, atende à demanda da experiência de sofrimento da gestante. Não se trata de identificação da obstetra com a experiência de dor da parturiente, mas ela pode se sentir valorizada pela otimização das ações obstétricas, diante de sua experiência: “Eu cheguei passando mal e eles logo me levaram lá para dentro! ” (palavras da parturiente).

Como analisado em diferentes processos rituais (DOUGLAS, 1966), embora o foco das ações obstétricas não seja a experiência de dor da parturiente, a dependência do corpo feminino para a intervenção obstétrica gera significados à experiência de sofrimento, ao mesmo tempo que garante inteligibilidade ao trabalho médico. A otimização das ações pode garantir confiabilidade àqueles profissionais que, da perspectiva da parturiente “estavam prestando atenção no que eu tinha”. A questão a ser colocada, aqui, é que “ela tinha” uma experiência que está sendo negociada a partir de uma racionalidade que vê um corpo com dor.

A obstetra atuando conforme seu estilo de pensamento objetivo pode estar interferindo na representação da experiência de sofrimento da parturiente. A negociação estabelece um simbolismo positivo e de mão dupla, diferente do resultado da negociação encontrado quando a gestante com dor não é internada e volta para casa. Isto porque o ritual do trabalho de parto, de direcionamento obstétrico, como descrito por Davis-Floyd (1992), Kitzinger (1978) e Martin (1992), é somente possível quando a experiência de dor e sofrimento da parturiente

coincide com as representações obstétricas sobre o trabalho de parto – um corpo com dor sujeito à intervenção. A intercessão do estilo de pensamento obstétrico com a experiência de dor e sofrimento da parturiente forma, portanto, o que Geertz (1973) definiu com a instância lógico-simbólica dos processos rituais.

Sala de pré-parto: lugar de vigilância

Como a maternidade é instituição de referência para gestantes adolescentes, é muito frequente que estas, por direito dos códigos da instituição, peçam para que algum familiar permaneça junto com elas na sala de pré-parto. Além disso, a partir de 1998, a Resolução nº 667 considera a presença de um(a) acompanhante no momento do parto, e depois, em 7 de abril de 2005, estrutura a Lei do Acompanhante (alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse familiar é geralmente a mãe da parturiente, a irmã ou sogra, amiga – ou seja, uma mulher da família ou muito próxima. É rara a permanência de homens na sala de pré-parto. Diversos motivos são relatados pelas próprias parturientes: estão trabalhando, não se sentem à vontade naquele ambiente ou sua entrada não foi permitida pela equipe de plantão. A acompanhante da parturiente permanece ao lado do seu leito, sentada em uma cadeira ou em pé o seu lado. A acompanhante tem papel pouco ativo em termos das atividades que ela desempenha, mas fica bastante vigilante em relação à dor da parturiente.

A acompanhante é quem chama a enfermeira para trocar o soro da parturiente, para trocar o lençol da cama quando molhado e principalmente quem demanda a presença da(o) obstetra para avaliar a condição da parturiente em cada momento. Algumas vezes a acompanhante mostra sinais de impaciência em lidar com aquela situação de sofrimento: “Por que este médico não vem logo e faz a cesárea!”. A acompanhante parece tentar minimizar o sofrimento da parturiente, tanto no sentido do conforto físico, como no de chamar a atenção das médicas(os) e enfermeiras para a condição de dor e sofrimento da parturiente.

A enfermeira do pré-parto também está vigilante em relação aos sintomas da parturiente, mas utiliza seu conhecimento da “natureza” do trabalho de parto no sentido de prestar atenção aos sinais da iminência do nascimento, quando ela chama a(o) obstetra. A enfermeira tem a informação no prontuário

que algumas parturientes são internadas com dilatação inicial do colo do útero e terão ainda horas de dor até o nascimento. Esta “adaptação” da enfermagem ao paradigma obstétrico implica uma limitação visível de sua função na sala de pré-parto, que é reduzida a uma abordagem fundamentalmente técnica. Como nas palavras da própria enfermeira: “A equipe tem enfermeiras obstétricas e que são mal aproveitadas!”.

Já a acompanhante nem sempre tem acesso a essa informação e possivelmente se vê identificada com a parturiente, pela proximidade familiar ou pela empatia dimensionada pela condição de um sofrimento já vivenciado antes. A acompanhante se transforma na porta voz da parturiente tentando se comunicar com as(os) obstetras, no sentido da demanda de atenção. A acompanhante faz uma tradução dos sintomas dolorosos da parturiente, e quanto mais dor a parturiente expressa, mais a acompanhante chamará a(o) obstetra que estiver passando próximo à sala de pré-parto.

A demanda da acompanhante parece enfatizar o que Kleinman (1997, 1988) chamou de “a condição de doente” que a parturiente começa a adquirir na sala de pré-parto. Essa interpretação se refere à menor capacidade agencial da parturiente à medida que a transfere para a acompanhante. Esta, por sua vez, sendo o veículo de comunicação da parturiente com a equipe de saúde, torna-se a audiência das ações obstétricas em relação à situação da parturiente. A equipe passa a comunicar à acompanhante sobre as etapas esperadas, que a parturiente vai percorrer, explicando a “natureza” do trabalho de parto, como no comentário: “Isto é o trabalho de parto!”.

A equipe, ao mesmo tempo que naturaliza a dor da parturiente, enfatiza que é necessário estar ali, pela possibilidade de maior vigilância em relação às etapas do parto para detectar qualquer anormalidade que sugira algum perigo para o bebê. Para as(os) obstetras, a dor da parturiente se enquadra na condição que Brodwin (1994) chamou de “performance da dor aguda”. O fato de a dor ser temporária e ter um desenrolar final desejado pela parturiente, faz com que esta dor não seja valorizada, como gostaria a acompanhante e provavelmente a parturiente.

A parturiente deitada no leito em franco trabalho de parto continua expressando, através de gritos, gemidos e movimentos de torção corporal, sua experiência de sofrimento, enquanto a acompanhante segura sua mão, fala com ela ou apenas permanece a seu lado. Observamos momentos em que a

acompanhante se cansa de chamar a(o) obstetra, ou percebe que não há número de obstetras suficiente para um acompanhamento individual. A acompanhante então se cala e repete aquilo que foi dito a ela: “Filha, isto é o trabalho de parto!”. A parturiente expressa sua sintomatologia dolorosa até que uma obstetra se aproxima do seu leito, como veremos adiante.

A (o) obstetra que se dispõe a “ver” o pré-parto seleciona os leitos a serem visitados e examina as parturientes. A prioridade é para as parturientes que estão na iminência do parto. A obstetra pede para a parturiente se posicionar para o exame de toque vaginal. Ela ausculta primeiramente os batimentos cardiotípicos com um equipamento de sonar. O som dos batimentos do coração do bebê é comentado pela obstetra, que chama a atenção da acompanhante para a vitalidade do bebê. Observa-se que a principal operação realizada pela(o) obstetra quando examina a parturiente que grita de dor é a verificação da evolução dos centímetros de dilatação do colo do útero.

Na visão da obstetra, o simbolismo da sala de pré-parto consiste na vigilância dos sinais provenientes do corpo da parturiente que indiquem a necessidade de intervenção obstétrica durante o tempo em que a parturiente está experimentando a intensificação da sua sintomatologia dolorosa. Esta vigilância é uma preocupação obstétrica visível em relação à condição de vitalidade do bebê – ou seja, é a vigilância em relação ao adoecimento do bebê e que deve ser detectado de forma precoce.

A obstetra procura a evidência (HACKING, 1975), ou seja, o dado objetivo que indique a necessidade de intervenção. Como na fala da obstetra que ensina o estudante de medicina a fazer o toque vaginal: “Agora você vai ter que ver com as mãos”. A vigilância do corpo da parturiente a partir da sua dor constitui o princípio organizador do processo de negociação da dinâmica ritual. Essa vigilância, embora seja polissêmica, vai ordenar um resultado comum: o nascimento do bebê. Assim, a presença da obstetra, acompanhando as etapas do sofrimento da parturiente, organiza de forma positiva o simbolismo ritual na perspectiva de quem está do lado da experiência do sofrimento. Além disso, a obstetra que “comanda” sua equipe pode acionar outros médicos, como é o caso da anestesista, no sentido do alívio da condição de dor da parturiente, como veremos agora.

No contexto da maternidade, algumas parturientes são beneficiadas com a analgesia de parto. Esta é indicada pela(o) obstetra após o exame de toque vaginal.

Segundo as(os) obstetras, a analgesia é fundamental quando ela pode ajudar o nascimento do bebê, principalmente quando o colo do útero da parturiente se encontra muito rígido e pode ajudar a relaxá-lo.

Segundo os(as) obstetras, a gestante que recebe a analgesia de forma precoce, quando o colo do útero está em dilatação inicial, pode sofrer de efeitos contrários aos desejados, pois torna o trabalho de parto lento, diminuindo a prensa da parturiente e sua capacidade de fazer força a partir dos estímulos dolorosos e de ajudar a obstetra a “nascer” o bebê. A analgesia de parto, por estas considerações, é indicada no final do trabalho de parto e serve também para aliviar a dor sentida pela parturiente.

Parecem ser este corpo com dor e este sofrimento os símbolos experienciais do processo ritualizado do trabalho de parto, assim como são símbolos operacionais para a organização do posicionamento dos diferentes atores e suas perspectivas dentro da dinâmica ritual.

Voltando à sala de pré-parto, a enfermeira observa que está na hora de chamar a obstetra. A acompanhante relata que a parturiente deseja evacuar. Este é um sinal valorizado pela(o) obstetra no final do trabalho de parto, justificado pela estimulação da presença do bebê na sua passagem pelo períneo. A obstetra examina a parturiente, fazendo a ausculta do coração do bebê e o toque vaginal. A verificação da dilatação total do colo do útero e a descida do bebê pelo canal de parto são sinais que indicam a necessidade do encaminhamento da parturiente para a sala de parto. A obstetra pede então à enfermeira que coloque a parturiente na cadeira de rodas e a leve para a sala de parto.

A obstetra inicia um diálogo com a parturiente e enfatiza que ela deve fazer força para baixo quando estiver experimentando cada contração. A força é essencial para que ela ajude o nascimento do bebê. A parturiente que, por motivo de fadiga, estiver com dificuldade de ajudar a obstetra, será estimulada ao máximo a fazer esse papel.

Com a observação da sala de pré-parto, pudemos notar que algumas parturientes têm facilidade desta passagem para a condição de ajudante, especialmente quando se encontram em trabalho de parto há poucas horas. O oposto acontece quando a parturiente está sem comer e beber, quando está enfraquecida pelo dispêndio de energia do trabalho de parto ou quando ainda se encaixa na atribuição da “condição de doente”. Neste último caso, a parturiente

encontrará muitas dificuldades na passagem pela sala de parto, onde deverá, pelo estímulo da dor e da(o) obstetra, ajudar o bebê a nascer.

Sala de parto/ sala de cesariana: lugar de finalização do ritual do trabalho de parto hospitalar

O nascimento é sempre comemorado com certo alívio da parte do(a) obstetra e sobretudo da parturiente. Observa-se que, após a retirada do bebê e a entrega ao pediatra, o(a) obstetra conversa sobre alguma dificuldade do parto, ou como foi bonita aquela “rodada” que o bebê fez descendo o canal de parto. Há uma valorização das manobras manuais feitas pelo(a) obstetra, pois como aponta Martin (1992), é ele(a) que faz o bebê nascer.

O nascimento é a consagração da performance obstétrica, que concretiza e atualiza seu paradigma. Para a parturiente, parece ser o momento de ressignificação de todo seu percurso no processo do trabalho de parto. Essa ressignificação, como aponta Davis-Floyd (1992), vai depender das representações da mulher sobre o que é o trabalho de parto e de elementos externos a ele.

Na sala de parto, a interação física entre o(a) obstetra e a parturiente é muito próxima. A acompanhante e os outros membros da equipe estão em posição de audiência da cena, na expectativa do nascimento do bebê. Apesar de parecer claro que cada ator, obstetra e parturiente, expõe determinada perspectiva simbólica, existe a possibilidade de observar um processo dinâmico interativo e interdependente, pois cada perspectiva simbólica não pode ser construída sem a negociação com a outra parte.

Apesar da consideração da individualidade agencial obstétrica, não observamos diferenciação importante nas ações dos obstetras quando referentes ao seu paradigma. Observa-se, pelo contrário, uma reunião de rationalidades, que parecem reforçar o simbolismo do bebê. Este parece ser o símbolo dominante do ritual do trabalho de parto, agregando sentidos/significados diferentes, compartilhados ou não na performance de cada ator, mas constituindo o principal veículo de formação de síntese do processo ritual (TURNER, 1967, 1969).

Na sala de parto, após o nascimento do bebê, a parturiente permanece deitada na mesa de parto na mesma posição por algum tempo. Agora é a hora da saída da placenta, da verificação quanto à presença de restos de material placentário. Para o(a) obstetra, a mulher retorna à “condição da biologia

feminina”, evidenciada pelos frequentes comentários: “Tenho que verificar se não ficou nenhum coágulo, senão pode dar infecção” (fala observada de uma obstetra que fazia a revisão da cavidade uterina, após o nascimento do bebê). Observa-se que o paradigma obstétrico, construído a partir do compromisso com a saúde do bebê, já está concretizado.

Considerações finais

Para a mulher, o nascimento do bebê finaliza as dores do parto e dá início a uma nova fase de sua vida. A experiência desta passagem não parece ser considerada pelos paradigmas médicos, pois a mulher, não sendo mais a norma (gestante ou doente), constitui-se de um sujeito, que não é visualizado por esses paradigmas. Como analisou Camargo Jr (1992), quando o evento está para além das fronteiras paradigmáticas, não é sequer percebido e por isso representado como irrelevante.

No entanto, ela começa a ser novamente sugestiva para as considerações que esta mulher/mãe fará sobre a saúde de seu bebê. Saúde agora que será salvaguardada pela(o) pediatra, com ajuda da mãe. A passagem da vigilância do obstetra para o pediatra, e posteriormente para a mãe, vai possibilitar, a nosso ver, o melhor entendimento do olhar obstétrico da condição da mulher, desde a gestação até o nascimento (COSTA, 1979).

Após a intervenção propriamente cirúrgica do parto, o(a) obstetra retira as luvas, seu avental e se retira da sala de parto. A mulher/mãe permanece deitada até o momento em que a enfermeira a ajuda a se levantar, coloca-a em uma cadeira e sentada com seu recém-nascido no colo, aguarda o maqueiro, que os levarão para outro andar.

Algumas vezes, quando o parto é considerado difícil no sentido da necessidade de utilização de manobras técnicas, é comum ver a(o) obstetra passear com o bebê, mostrando o produto de sua performance. A reação dos outros profissionais e da acompanhante funciona como um aplauso da performance obstétrica e reafirma seu estilo de pensamento e paradigma como os “possibilitadores” da ação em conjunto.

A mulher/mãe e a acompanhante têm agora oportunidade de ressignificar todo o processo experimentado. A partir da ausência da dor e do sofrimento do trabalho de parto, elas parecem se aproximar do paradigma obstétrico, pois o bebê passa a ser um valor compartilhado de todos os envolvidos no processo.

Essa reafirmação contínua após cada nascimento reforça o caráter “antecipador” do ritual, agora para novas parturientes e acompanhantes num contexto público, que presenciam a conclusão de suas passagens durante as etapas do ritual. A antecipação pública da ordem ritual parece reforçar tanto os compromissos quanto as atribuições e funções de todos os atores, garantindo “coesão”, como aponta Turner (1967, 1969), e agregando elementos díspares, como os próprios simbolismos não compartilhados entre estilo de pensamento médico e a experiência de sofrer.

Acreditamos ser um pouco simplista a análise de Martin (1992), que, através da metáfora da “fábrica”, exemplifica a condução mecânica do trabalho de parto. A experiência de sofrimento da parturiente, definida como um corpo com dor, é uma representação possível, mas a partir da perspectiva da racionalidade biomédica do obstetra, que objetiva a intervenção neste corpo com dor para a retirada do bebê saudável. É possível que a parturiente experimente um ritual de passagem, como aponta Van Gennep (1960), constituído de simbolismos que não necessariamente foram abordados neste trabalho, especialmente se considerarmos que o sentido dessa experiência humana está centrado na percepção deste corpo com dor (MERLEAU-PONTY, 1994).

O que parece válido defender é que as parturientes não têm poder de escolha ou controle das etapas técnicas pelas quais passam no transcorrer do processo, quando suas experiências são encaixadas nas representações obstétricas do corpo com dor durante o trabalho de parto.

As propostas de humanização que interferem com os mecanismos disciplinares de despersonalização e homogeneização preconizam a permanência da acompanhante durante o trabalho de parto. Sem dúvida, tal permanência garante maior conforto para a parturiente, na medida em que traz parte de seu ambiente conhecido para dentro da instituição. Por outro lado, não garante, necessariamente, a melhora da relação obstetra-gestante, pois a acompanhante, como porta-voz do sofrimento, contribui, de forma relativa, para construção do papel da parturiente como objeto da performance obstétrica.

Assim, a racionalidade biomédica no contexto da obstetrícia define a biologia feminina como suspeita, e o processo “natural” do trabalho de parto como imprevisível, justificando a necessidade da intervenção técnica e tecnológica no corpo feminino devido à possibilidade de adoecimento da gestante e do feto.

Este adoecimento, traduzido na categoria de doença se localiza no corpo da parturiente, dando inteligibilidade à interferência obstétrica no corpo com dor e não na experiência de sofrimento.

No entanto, o que a abordagem ritualizada do trabalho de parto hospitalar acrescenta para a racionalidade biomédica no contexto obstétrico é a possibilidade de entender que a intervenção técnica e tecnológica no corpo com dor permite a organização da experiência de passagem da parturiente e a ressignificação do corpo com dor para um corpo cuidador.¹

Referências

- BRODWIN. P. E. Symptoms and social performance: the case of Diane Reden? In: GOOD, M-J. D. et al. (Eds). *Pain as Human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1994.
- CAMARGO JR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CHAZAN, L. C. "Meio quilo de gente". Produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultrassonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem da cidade do Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- DAVIS-FLOYD, R. E. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- DOUGLAS, M. *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge & Keagan Paul, 1966.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- FLECK, L. *Genesis and development of scientific fact*. Chicago: Chicago Press, 1979.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GEERTZ, C. *The interpretation of cultures*. New York: Basic Book, 1973.
- GOFFMAN, E. *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday, 1959
- GOOD, B. *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- HACKING, I. Evidence. In: _____. *The emergence of probability. A philosophical study of early ideas about probability, induction and statistical inference*. Cambridge: Cambridge University Press, 1975, p. 31-48.

- KITZINGER, S. *Women as mothers*. New York: Random House, 1978.
- KLEINMAN, A. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- LEDER, D. A tale of two bodies: the Cartesian corpse and the lived body. *The body in medical thought and practice*. Netherlands, Kluwer Academic Publishers, 1992, p. 17-35.
- MARTIN, E. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press, 1992.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press, 2005, 196 p.
- PINTO, P. G. H. R. Saber ver: recursos visuais e formação médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 39-64, 2000.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- TURNER, V. W. *The forest of symbols*. Ithaca: Cornell University Press, 1967.
- _____. *The ritual process*. Harmoudsworth: Penguin, 1969.
- VAN GENNEP, A. *The rites of passage*. Chicago: Chicago Press, 1960.

Nota

¹ V. M. Rangel realizou a observação participante, a análise dos dados, redação e aprovação da versão final, respondendo por seu conteúdo. K. R. de Camargo Jr orientou a metodologia, foi responsável pela revisão teórica do artigo e pela aprovação final, e responde por seu conteúdo.

Abstract

The negotiation of a body with pain: biomedical rationality in the ritualized dynamics of hospital labor

This paper aims to analyze the women's status during labor. We start with the understanding of the biomedical rationality that characterize the obstetric paradigm, by the technical and technological intervention on the female body, in the belief of its biological instability and the liminal character of the women in labor, with the expectation of normal birth. The methodology used was the participant observation of women in labor in a public maternity in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The analysis was based on the viewpoint of the theory of rituals, considering the technical and technological interventions on the women's bodies. The dialogue established between the obstetric staff and the women in labor includes different perspectives, actors, settings and instruments, affirming the bodies' suffering as the great negotiator of the ritual dynamics.

► **Keywords:** body; pain; negotiation; labor; ritual.